

کتابخانه تحفہ سرکار عالی حیدر آباد دکن

۱۱۲۷

نمبر واصل

تاریخ واصل

جامعۃ الدروس السنویۃ فی الامراض الباطنیۃ

نام کتاب

فن کتاب

طبعہ الخیر

نمبر کتاب فی مذکور

۱۷۲۷	دانشجو
۵۹	فصل
۴۱	شماره

۵۴
۵۲
۵۱۸

۱۷۲۷	واظله نمبر
۵۹ ح.	فن نمبر
ع ۱	کتاب نمبر

فهرست کتاب جامعه الدروس السنوية في الامراض الباطنية تأليف
سعادة الدكتور ابراهيم باشا حسن ناظر المدرسة الطبية المصرية
صحيفة

- ١ باب في امراض الجهاز التنفسي
- ١ الفصل الاول في امراض الحفر الانفية
- ١ المجت الاول في التهاب الحفر الانفية
- ١ اولاً في الزكام الحاد
- ٤ ثانياً في الزكام المزمن والبقية اعلا اوزين
- ٦ المجت الثاني في زهرى الأنف
- ٧ المجت الثالث في الرعاف
- ١١ الفصل الثاني في امراض الحجرة
- ١١ اولاً وظايف الحجرة
- ١٢ ثانياً المرأة الحبيرية
- ١٤ المجت الاول في التهاب الحجرة
- ١٤ اولاً في الالتهاب المترى الحصى للماد
- ١٦ ثانياً في التهاب الحجرة المزمن
- ١٩ ثالثاً في الالتهاب الحجرة النشجي اعلا الكروب الكاذب
- ٢٠ رابعاً في الالتهاب الحجرة المشائى اعلا الكروب الحقيقى
- ٢٦ خامساً في الالتهاب الحجرة الاوريموى اعلا وزيما المزمار
- ٢٩ سادساً في الالتهاب الحجرة حول البصارييف
- ٣١ سابماً في الالتهاب الحجرة الدرنى والسيل الحجرة
- ٣٦ ثامناً في الالتهاب الحجرة الزهرى اى زهرى الحجرة
- ٤٠ المجت الثاني في الامراض العصبية للحجرة

٤٠	أولا في شلل عضلات الحفرة
٤٤	ثانيا في تلجج المزمار
٤٨	المبحث الثالث في أورام الحفرة
٤٩	المبحث الرابع في سقوط الأجسام الغريبة في الحفرة
٥١	الفصل الثاني في أمراض القصبة الهوائية
٥١	المبحث الأول في ضيق القصبة والشعب الأولية وانسدادها
٥٧	الفصل الرابع في أمراض الشعب
٥٧	أولا في الأعراض العامة للأمراض الشعبية
٦٠	المبحث الأول في الالتهاب الشعبي
٦١	أولا في الالتهاب الشعبي المزمن الحاد
٦٥	ثانيا في الالتهاب الشعبي الحاد
٦٨	ثالثا في الالتهاب الشعبي المزمن
٧١	رابعا في عماد الشعب
٧٦	خامسا في الالتهاب الشعبي الفشائي الكاذب
٧٨	المبحث الثاني في زهر القصبة الهوائية والشعب
٨٠	المبحث الثالث في النزلة الوافدة
٨٥	المبحث الرابع في السعال الديكي
٨٤	المبحث الخامس في الربو
٩٧	الفصل الخامس في أمراض الرئتين
٩٧	أولا في نيج الرئة
٩٩	ثانيا في الأعراض العامة لأمراض الرئتين
١٠١	ثالثا في طريقة البحة من الصدر
١٠٨	المبحث الأول في الاعتقان الرئوي

- ١-٩ المبحث الثاني في أوزيما الرئة
- ١١١ المبحث الثالث في التزيف الشعبي والرئوي والتفت الدموي
- ١١٥ المبحث الرابع في الالتهاب الرئوي الليفي لحاد
- ١٤٠ المبحث الخامس في الالتهاب الرئوي المزلي أي الفصيصي
- ١٣٤ المبحث السادس في الالتهاب الرئوي المزمن الحاد والسكريوز الرئة
- ١٣٨ المبحث السابع في خراج الرئة
- ١٤٠ المبحث الثامن في الفترية الرئوية
- ١٤٤ المبحث التاسع في الانتزيع الرئوي
- ١٤٨ المبحث العاشر في منط الرئة وهبوطها
- ١٥١ المبحث الحادي عشر في الدرن الرئوي
- ١٥٢ أولا في السل الرئوي
- ١٢٧ ثانيا في الدرن الرئوي الخفي
- ١٨١ المبحث الثاني عشر في الآفات الزهريّة للرئة والسل الزهري
- ١٨٥ المبحث الثالث عشر في السرطان الرئوي
- ١٨٧ المبحث الرابع عشر في الأكاس الدهانية للرئة
- ١٨٩ الفصل السادس في أمراض البلعور
- ١٨٩ المبحث الأول في الالتهاب البلعوري
- ١٩٣ أولا التهاب البلعور الكاف
- ١٩٥ ثانيا الانسكاب البلعوري المعوي
- ١٩٦ ثالثا الانسكاب البلعوري الصدري
- ١٩٧ رابعا الانسكاب البلعوري الدموي
- ١٩٨ خامسا الانسكاب البلعوري الليفي
- ٢٠٥ المبحث الثاني في انسكاب الصفاق البلعوري

- ٢٠٩ البحث الثالث في امسكاب البليوبر الاوريمياوى
 ٢١١ البحث الرابع في سرطان البليوبر
 ٢١١ باب في امراض الجهازالدرورى
 ٢١١ الفصل الاول في امراض القلب
 ٢١٤ البحث الاول في التهاب التامور
 ٢٢٠ البحث الثانى في التهاب الغشاء الباطن للقلب
 ٢٢٠ اولاً في الالتهاب الحاد البسيط للغشاء الباطن للقلب
 ٢٢٢ ثانياً في الالتهاب الحاد الصغى للغشاء الباطن للقلب
 ٢٢٧ البحث الثالث في آفات صمامات القلب على العموم
 ٢٤٢ البحث الرابع في آفات صمامات القلب على الخصوص
 ٢٤٤ اولاً في آفات الصمام المترال
 ٢٤٧ ثانياً في آفات الصمام الاورطى
 ٢٥٠ ثالثاً في آفات الصمام الاذيين البطينى الايمن
 ٢٥١ رابعاً في آفات الصمام الشريانى الرئوى
 ٢٥٤ البحث الخامس في الداء الازرق أو السيانوزى
 ٢٥٤ البحث السادس في امراض الطبقة المضطربة للقلب
 ٢٥٤ المسئلة الاولى في التهاب الطبقة المضطربة للقلب
 ٢٥٤ اولاً في الالتهاب الحاد والاستحالة الشحمية للقلب
 ٢٥٦ ثانياً في الالتهاب المزمن واسكليروز القلب
 ٢٥٨ المسئلة الثانية في تضخم القلب وعقدته
 ٢٦٦ البحث السابع في الأمراض العصبية للقلب
 ٢٦٦ اولاً في الاغماء
 ٢٦٩ ثانياً في الخفقات

- ٢٧٤ ثانياً في المذبة الصدرية
 ٢٧٨ رابعاً في الضور الجوى
 ٢٨٤ الفصل الثاني في امراض الأورطى
 ٢٨٤ المبحث الأول في التهاب الأورطى
 ٢٨٧ المبحث الثاني في افوريزما الأورطى
 ٢٨٧ اولاً في افوريزما الأورطى الصدرية
 ٢٨٨ فى افوريزما الأورطى الصاعدة
 ٢٩٠ فى افوريزما قوس الأورطى
 ٢٩٠ فى افوريزما الأورطى الثانوية
 ٢٩٨ ثانياً فى افوريزما الأورطى البطنية
 ٣٠٠ الفصل الثالث فى امراض الاوعية الدموية العائرية
 ٣٠٠ المبحث الأول فى الاوزيما الموقلة البيضاء
 ٣٠٤ المبحث الثاني فى التهاب الشرايين
 ٣٠٣ اولاً فى التهاب الشرايين الجرحى والمغنى
 ٣٠٥ ثانياً فى التهاب الشرايين الايتروى والاسكليروزى
 ٣٠٧ المبحث الثالث فى السدة الدموية
 ٣١٠ باب فى اورام الحجاب المنصف
 ٣١٧ باب فى امراض جهاز العضم
 ٣١٧ الفصل الاول فى امراض العظم
 ٣١٧ المبحث الاول فى التهاب النشاء الخاطى للعظم
 ٣١٧ اولاً فى التهاب الفم القزى
 ٣١٩ ثانياً فى التهاب الفم الوردى اعما لآفت
 ٣٢١ ثالثاً فى التهاب الفم القشطى اعما لآفت

صيفة

- ٣٤٣ رابعا في التهاب الفم المتقرح الجي
 ٣٤٥ خامسا في التهاب الفم المتقرح
 ٣٤٧ الفصل الثالث في امراض القعدة المعابية
 ٣٤٧ أولا في التهاب اى افراط اللهاب
 ٣٤٨ ثانيا في ضيق اللهاب
 ٣٤٨ ثالثا في التهاب النكفي
 ٣٤٩ التهاب النكفي البسيط
 ٣٥٠ التهاب النكفي المعدى اى الحى النكفية
 ٣٥٣ الفصل الثالث في امراض الحلق
 ٣٥٣ أولا في التهاب اللوزة الحاد اى الزجة اللوزية الحادة
 ٣٥٧ ثانيا في التهاب اللوزة المزمن وضخامة اللوزتين
 ٣٥٩ ثالثا في التهاب البلعوى الحاد اى الزجة البلعومية الحادة
 ٣٤٢ رابعا في التهاب البلعوى المزمن
 ٣٤٤ خامسا وغنقرينا الحلق
 ٣٤٤ سادسا في دفتيريا الحلق
 ٣٥٢ سابعا في زهر الفم والحلق
 ٣٥٧ ثامنا في دفت الفم والحلق
 ٣٥٩ تاسعا في الآفات الحنازيرية للفم والحلق
 ٣٦٠ الفصل الرابع في امراض المري
 ٣٦٠ أولا في التهاب المري
 ٣٦٢ في ضيق المري
 ٣٦٢ في قعدة المري
 ٣٦٣ ثانيا في سرطان المري

٨	مقدمة
٣٦٦	ثالثاً تشنج المري
٣٦٧	الفصل الخامس في أمراض المعدة
٣٦٧	المبحث الأول في الاعراض العامة لآفات المعدة
٣٦٧	اولاً اضطراب الشهية
٣٦٨	ثانياً الغثى
٣٦٩	ثالثاً القيح
٣٧١	رابعاً السعال المعدى
٣٧١	خامساً الفواق
٣٧٤	سادساً الاضطراب العصبى للمعدة
٣٧٤	المبحث الثانى في التهاب المعدة
٣٧٤	اولاً في التهاب المعدة الحاد
٣٧٨	ثانياً في التهاب المعدة المزمن
٣٧٩	المبحث الثالث في الديسبسيا اى سوء الهضم المزمن
٣٨٨	المبحث الرابع في قروح المعدة والقرحة الوحيدة
٣٩٨	المبحث الخامس في الآلام العصبية للمعدة
٤٠٠	المبحث السادس في التزيف المعدى والقيح الدموى
٤٠٣	المبحث السابع في عتور المعدة
٤١٤	الفصل السادس في امراض الأمعاء
٤١٩	اولاً في المعص
٤٢٢	ثانياً في الامساك
٤٢٦	ثالثاً في الاسهال
٤٢٨	المبحث الأول في التهاب المعوى
٤٢٨	اولاً في التهاب المعوى الحاد

٤٣٥	ثانيا في التهاب المعوى المزمن
٤٣٦	ثالثا في التهاب الامور والالتهاب حوله
٤٤٣	رابعا في القرحة الوحيدة ثلاث عشرة
٤٤٧	المبحث الثاني في الاحتباس المعوى
٤٤٥	خامسا في الدوسنتاريا
٤٥٦	اولا في تداخل الامعاء بعضها
٤٦٤	ثانيا في ضيق الامعاء وانسداده
٤٧٥	المبحث الثالث في البواسير
٤٨١	المبحث الرابع في التزيف المعوى
٤٨٥	المبحث الخامس في سرطان الأمعاء
٤٩٠	المبحث السادس في الدرن المعوى
٤٩٢	المبحث السابع في الديدان المعوية
٤٩٣	اولا في الديدان الشعرية للامعاء
٤٩٣	الدودة الوحيدة او ذلت الكلايب
٤٩٥	الدودة المحفورة الوجه او عذبة الكلايب
٤٩٦	الدودة المحفورة الرأس أى البوريتوسفال
٥٠٤	ثانيا في ديدان الامعاء الطفيلية للامعاء
٥٠٤	الديدان الخارجية
٥٠٧	الديدان الطفيلية أى الشعرية الذنب اى الاوكسيد
٥٠٩	الديدان الشعرية الرأس اى التريكوستفال
٥١٠	الديدان الموحجة الغم اى الاشكيلوستوما
٥١٥	الفصل الرابع في امراض البريتون
٥١٥	المبحث الاول في التهاب البريتون للماد
٥٢٥	المبحث الثاني في التهاب البريتون المزمن

- ٥٢٧ البحث الثالث في الدرن البريتوني أو الالتهاب البريتوني الدرني
٥٣١ البحث الرابع في سرطان البريتون أو الالتهاب البريتوني السطحي
٥٣٢ البحث الخامس في الاستسقاء الزقي
٥٤٠ الفصل الثامن في امراض الكبد
٥٤١ أو لا تشريح الكبد
٥٤٢ ثانيا وظايف الكبد
٥٤٣ البحث الأول في اليرقان
٥٥٢ أو اليرقان البسيط الاحتباسي
٥٥٣ ثانيا اليرقان البسيط التزلي
٥٥٤ ثانيا اليرقان الخبيث
٥٥٧ البحث الثاني في الحصبوات الصفراوية
٥٦٠ أو لا في المغص الكبد
٥٦٧ البحث الثالث في احتقان الكبد
٥٧١ البحث الرابع في التهاب الكبد
٥٧١ أو لا في التهاب الكبد الحاد النقي
٥٧٩ ثانيا في التهاب الكبد المزلق أو سيروزي الكبد
٥٨٠ في السيروزي الضموري
٥٨٩ في السيروزي الضموري الصفراوي
٥٩١ في السيروزي الضموري غير الصفراوي
٥٩٣ ثالثا في التهاب الكبد الأصفر الضموري
٥٩٨ البحث الخامس في الاستسقاء الشحمي للكبد
٦٠١ البحث السادس في الاستسقاء النقي للكبد
٦٠٣ البحث السابع في سرطان الكبد والمسالك الصفراوية

مصفحة

٦١٠	المبحث الثامن في زهرى الكبد
٦١١	المبحث التاسع في آكاس الكبد الديدانية
٦٢١	الفصل التاسع في أمراض الوريد الباب
٦٢٢	الفصل العاشر في أمراض البنكرياس
٦٢٣	الفصل الحادي عشر في أمراض الطحال

تمت فهرست

{ الخط والصواب الواقع في هذا الكتاب }

صحيحة	سطر	خطأ	صواب
١٩	٨	المتوسط	المنصف
٠	١٤	فلونه	فأنه
١٤	٧	ملازمته	ملازمته
١٥	١٨	والثانية	والثنية
١٦	٨	عن	عند
٥٥	١٩	نفس	نفس
٥٦	٨	مع	من
٥٧	٦	وتتفتح	وتتفتح
٤٤	٥	المتوسط	المنصف
٤٩	١٠	أيكور	أيجور
٦٦	٢٣	القصيبي	القصيبي
٨٢	١٧	لي	يوجد اثبات
٨٤	١٥	البولجا	البولجالا
٨٥	١٦	رأساً	نخاة
٨٨	٤	الثقيلة	الثغلية
٨٨	١١	المتوسط	المنصف
٩١	١٢	والغينية	والغينية
٩٢	٩	بضيق	ضيق
٩٤	٢٤	التفلية	التفلية
٩٨	٨	مستدير	مستدير
٩٩	١٠	تقرصها	تقرصها

تابع الخطأ والصواب

صواب	خطأ	سطر	صفحة
النساء يتألم	الساق يتألم	١٥	١٠٣
واضح	واجم	١٤	١٠٤
قويًا	اقويًا	٢٠	١٠٦
المتراد	المتراد	٢٤	١١١
بخاخه	بخاخه	١٠	١١٨
فراشه	فماشه	١٩	١٢١
القرض	المقرض	٩	١٢٩
الملايه	الحالايه	٢٠	١٢٩
بنزوات	بنترات	١٠	١٣٤
الفص	الفص	١٩	١٣٥
الفص	الفص	١٩	١٣٨
الانفيزيا	الانفوزيا	٢	١٤٨
فتفرغ	فتفرغ	١٣	١٤٩
ضخامه	صمامه	١٤	١٤٩
عارضى	عارضى	٣	١٥١
لشمر	لشقر	١٢	١٥٢
مخيلط	تخلف	٦	١٥٥
يتمد	يتمد	١١	١٥٥
فاللاب	فاللاب	١٠	١٥٦
يتجن	يتجن	٥	١٥٨
عهنيا	عهنيا	٢٠	١٦١
النميج	النميج	١٧	١٦٢

صواب	خطأ	سعر	صفحة
عن	عند	٩١	٢٠١
النفع	التفخ	١٠	٢٠٣
الحمل	الحمل	١٦	٢٢٠
يجدر	يجد	٢٣	٢٢٦
واذا	ولذا	٢٤	٢٤١
يودور	دور	١٣	٢٥٦
عقدت	عقدت	١٣	٢٦٤
بينها	بنها	١٦	٢٧٤
الصغير	الصغير	١٣	٢٧٥
الصغير	الصغير	١٤	٢٧٦
الصغيرة	الصغيرة	١٦	٢٧٦
جنية	جنية	١٤	٣٤٤
وطول المصلاة	وطول المصلي	١٣	٣٥٦
ولا	اولا	٢	٣٥٨
المريض	المري	١٢	٣٦٢
البشرة	البثرة	٨	٣٧٤
القرحة	المقرحة	١٥	٣٩٠
يتقود	يتقوض	٢	٣٠٧
المريض	المرض	٢٢	٤٣٧
المبسط عن الدرف	المبسط الدرف	٨	٤٣٨
الدورية	الدورية	٢٤	٤٣٩
تبدد المواد الثقلية	تبدد المواد الثقيلة	٧	٤٤٣

صفحة	سطر	خطا	مواهب
٤٥٠	٩	ثقلية	ثقلية
٤٥٣	٤	الحاخ	الحادة
٤٦٠	٤٤	ثقلية	ثقلية
٤٦٣	٤٤	المرريك	الطرطريك
٤٦٨	١٦	وان مفيدا	وان كان مفيدا
٤٧١	٥	المعد	المعوم
٤٧٤	٤٧	ادباح	الاسرايح
٤٧٤	٤	المدة	الامعا
٤٧٧	١٦	متفرعة	متفرعة
٤٨١	٤٤	الثقلية	الثقلية وهكذا ما بعدها
٥٠٧	٤٤	الانق	الانق
٥١١	٥	تجرا	تجرا
٥٥٠	٤	واصلت	واصلت
٥٥٥	١٨	فالمس	فالمس
٥٥١	١٤	المعد	المعوم
٥٥١	١٦	وتبرز	وتبرز
٥٥١	٢٣	المنتشر	المنتشر
٥٤١	١٥	الرقوية	الكبدية
٥٤٤	٨	الكبدية	الكبدية
٥٤٥	٨	اذ لم تكف	الا فالم تكف
٥٤٥	٦٠	عضلات الاغذية	عضلات التغذية
٥٤٥	١٥	عقب اجابتها فيها	عقب اجابتها فيها

موضوع	خطا	مكرر	مصحفه
وتتزوج	وتتفرج	٧	٥٤٦
اجليين	اجليين	٨	٥٤٩
بيتا	بيتا	١	٥٥٠
وتكسرهما	وتكسرهما	٧	٥٥٩
الالبومين	الالبومين	٢٤	٥٩٣
الحادة	الحاخر	١٤	٥٩٩
فيها	منها	١١	٦١٢

تمت

واظروا نمبر	
فن نمبر	
نصاب نمبر	

کتاب جامعة الدروس السنوية في الامراض الباطنية

تأليف
سعادة الدكتور النحاس ابراهيم باشا
حسن ناظر المدرسة الطبية
ومدرس الامراض الباطنية



طبع في مطبع
مطبعة البحر الطبيه الذرية الكائنة بجارة السقاكين
في مصر المحمية سنة ١٣١١ هـ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله الحكيم العليم * القادر المقدر البر الرحيم * المحيط
 بالاشياء كلها * البصير بكيفياتها وكنهها * لا يعذب عن علمه شيئاً
 قل اوجد * ولا يخرج عن حكمه ما عرض أو حصل * احمد تعالى
 دبر الاجسام والاعراض * وخص من شاء بالصحة وابتنى
 من اراد بالامراض * واشكم على من يد عنايته حيث الهمهم
 دواء كل داء * واختار منهم من يقوم بذلك وهم الاطباء *
 فسبحانه خص من شاء بما شاء * ولا يقع في ملكه الا ما يشاء *
 والصلاة والسلام على سيدنا محمد طب القلوب ودوائها *
 وعافية الابدان وشفائها * صلى الله وسلم عليه وعلى آله *
 والتابعين له والناصحين على منواله * صلاة وسلاماً دائماً
 متلازمين مابرع من مرض عليل * وبرد من فؤاد غليل *
 (اما بعد) فيقول المتوكل على ربه القديم * المعترف بالتقصير
 من له بره ظن حسن * ابراهيم باشا حسن * ناظر المدرسية
 العسة

الطبية المصرية * ومدرس الأمراض الباطنية * قد قضت العادة
 والقوانين المرعية * باجتماع جمعية من الاساتذة بالمدرسة
 في ابتداء كل سنة مكتبية * مركبة من افضل المدرسين * والاعضاء
 الكرام المتبحرين * لتقرير ما يلزم تدريسه في تلك السنة على
 كل استاذ * ليكون له انوزجا وخير ملاذ * فانفتحت الامراء
 على انتخاب كتب مهمة حديثة في الأمراض الباطنية * اقرت
 عليها تلك الجمعية * وقرروا ما استحسنوا منها على * فادرس
 الى اهم الكتب لدى * وجعلتها دمنورا * واستخرجت منها ما كان
 محققا مشهورا * مما جرب نفعه * ووجب على اهل الفن وضعه *
 والتزمت الابجاز مع حسن التأليف * واجتنبت الاطناب والزيف
 وتركزت مله تظهر اهميته * ولم تحقق مرته * واعرضت عن الأخذ
 بالافكار والاراء * والمجادلات والاطراء * واثبت ما صبح
 منها مع الايضاح الكافي * والبيان الشافي * وبذلت تكرار
 القواعد الأساسية * واعادة المسائل العملية والعلمية *
 حسب الاهمية في الاكلينك * ووضحت اسباب الأمراض
 وآفاتنا ومضاعفاتها واعلاماتها والاعراض * لما في ذلك من
 الاهمية الكبرى في التشخيص * ووضحت الانذار والمعالجة
 بوجه التلخيص * ولم أقصر في التفصيلات الضرورية * مما فيه
 نوع اهمية * من دقائق اشكال الأمراض وتنوعاتها * وما
 يوافقها من المعالجة الواقية والشافية لعلامتها * والمصلحة الدوائية
 والاقليمية * والمعامات المعدنية واستعمال الكيمياء * واعتقدت
 في ذلك على الله * الذي من توكل عليه كفاه * وجمعت ما اخترة
 جمع نصحيح * وجعلته في غاية التوضيح * وسيمته جامعة
 للمدرس السنوية * في الأمراض الباطنية * لأنه عيانته عن

مجموع الدروس التي قيمتها على التلامذة في تلك السنة * مما اجمع
 عليه رأى جميع المعلمين واستحسنه * وقد اشتمل على امراض الجهاز
 التنفسي والدورخي والمغص * واطلقت في ميدانها جواد
 فكري وفهمي * فجاء بحمد الله تعالى غنيا عن القصين * بما معا
 مانا حاريا كل معنى غين * فقلت مستعينا بالله العلي الكبير *
 انه على ما يشاء قدير *

باب في امراض الجمجمة التنفسية

(الفصل الاول في امراض الحفرة الأنفية)

(المبحث الاول في التهاب الحفرة الأنفية)

التهاب الغشا المخاطي للحفرة الأنفية اما ان يكون حاداً ويقال له الزكام الحاد واما ان يكون مزمناً بسيطاً ويقال له الزكام المزمن او منقلاً ويعبر عنه بالأوزن او البقية

اولاً في الزكام الحاد

الزكام الحاد هو التهاب نزل حاد يصيب الغشا المخاطي للحفرة الأنفية وهو اما ان يكون ذاتياً او عرضياً

(الأسباب) السبب المعتاد للزكام الذاتي هو تأثير البرد الرطب لاسيما اذا كانت في الشخص استعداد له فيمكن في الإصابة به بسرعة برودة الأقدام مثلاً وأكثر الناس استعداداً له ذوو البنية الدياثرية والقرصية والمصابون بالربو ويكثر الزكام في

الشتاء وفي ابتداء فصل الربيع وقد ينتشر حينئذ بصفة وبائية

والمشهور بين العامة ان الزكام مُعْدٍ فيسرى بواسطة منديل المزكوم او معايقته واقره بعض المؤلفين (فرنكل) وانكره بعضهم بالتجربة (فريدلش) واستكشف بعضهم في الغشا المخاطي الأنفي نوع فطر ميكروكوكي ونسب اليه الزكام ولم يثبت الى الآن انه مخصوص به

وقد يظهر الزكام من تهيج موضعي عقب استنشاق بعض الراوحي او الأتربة أو الأبخرة المهيجة والزكام الذي يصحب حمى الدريوس ينسب الى استنشاق الحنق النباتي

والزكام العرضي هو ما يشاهد في سير بعض الأمراض كالحصبة والتيفوس والتهلة الواقعة ونحوها وكذلك الزكام النوزي الدفتيري والزهري والبليوني وراحي وللتنازيري والسقاوي الخ والزكام اليودي هو ما يحدث في التسمم باليدوريات

(الأمراض) قد يسبق الزكام امراض هجوم عامة تنحصر في حركة حمية خفيفة
 ومل وتكسر في الأطراف وفقد في الشهية وتقل في الرأس وبعد مضي ٨٠ : ٤٠ ساعة
 تظهر الأمراض الموضعية فيحصل المريض بحفاف في الأنف ونوع دغدغة أو أكالات
 يوجب العطاس المتكرر وينتفخ الغشا المخاطي فينسدا الأنف ويعسر التنفس ويخف
 الصوت وتضعف حاستا الشم والذوق أو تبطلان بالكلية ثم يظهر الأفراد الأنف
 على هيئة سائل رائق تفرير يوجب استعمال المذيبل بكثرة ويكون ذلك السائل مليحا
 مهيما لوجود ملح النوشادر فيه (د وندرس) تنشأ من ملامسته إما في الجلد
 حول الأنف وعلى الشفة العليا وقد يعصب ذلك ظهور طفح مريسي حميد ويتكاثف
 هذا السائل بعد مضي بعض أيام وتظهر فيه كرات مخاطية قيحية فيصير غليظا غفيرا
 سهل للجفاف على هيئة قشور فيبطل العطاس ويأخذ الزكام في الشفا في مسافة
 أسبوع تقرها وأحيانا يتم الشفا في مسافة يوم أو يومين وربما يزول في مسافة الليل
 بالفرش الدافئ ويعود في الصباح عند تركه وقد يتكرر زواله ورجوعه على نوب
 متداشهر

ثم إن الالتهاب في الزكام لا يقتصر على الغشا المخاطي للأنف بل يمتد غالبا إلى الأنشبية
 المجاورة له فتشاهد الأمراض الآتية وهى أنه متى امتد الالتهاب إلى الجيوب اللحمية
 يحصل المريض بقل في أصل الأنف بجذاء الحواجب وإذا أصيبت الملتحمة تحتفن وتدمع
 العين ويحس المريض بحرقة في الأنفجان ويقزع من الضوء وإن امتد الالتهاب
 إلى كهف الجصور يشتكى المريض بألم في الخد وفي خده أسناخ الفك العلوى وإن
 امتد الالتهاب إلى الغشا المخاطي للبلعوم استشعر المريض بالآم محركة في الحلق مع
 تعذر في الإزدرد ومتى التهاب الغشا المخاطي لبوق استاكوس يضعف السمع ويفقد
 ويشعر المريض بألم وطنين في الأذنين وإذا امتد الالتهاب إلى الحنجرة يعترية السعال
 وبحة الصوت وإذا أصيبت الشعب تظهر امراض التزلة الشعبية

(التشخيص) يسهل تشخيص الزكام بالالتفات إلى الأمراض السابقة وإنما يلزم الاحتيا

في تمييز نزعها ان كان بسيطا او عرضيا متعلقا بالحميات والدياتير النقرسي او الزهري
او السقاوة او الدفتيريا او نحو ذلك فان الامراض العامة التي تصحب الزكام حيثئذ تكفي
في تعيين نوعه فيتميز الزكام البسيط من زكام حمى الدريس بالاعراض التي تصاحب
المرض الأخير وخصوصا الاعراض الصدرية فتشاهد خلافا للترلة الأنفية حركة
حمية زائدة مصحوبة بأرق ومعبوءة والتنفس قرب من حالة الربو وقد تشتد هذه
الاعراض جدا بحيث انها لا تكون في نسبة الاعراض الوضعية الاثنية بل ازيد منها وزكام
حمى الدريس لا يظهر الا في ابتداء الصيف وينسب الى استنشاق من النبات الذي يكثر
في الهواء ولذلك لا يصيب غالبا الامن يوجد في الغيطان فلا يشاهد في المدن وأكثر
اصابته في بلاد إنجلترا وأمريكا الشمالية

(المعالجة) يلزم اولا الاعتناء بالمعالجة الواقية فحب تقوية الاشخاص المستعدين
للزكام وتوهمهم على مقاومة البرد واستنشاق الأبخرة والانثريه المهيجه التي تجلب
الزكام مثلهم عادة وتعالج اصحاب البنية الزهرية والحنازيرية والدياتيرية
بما يوافق

واذا كان الزكام مصحوبا بحركة حمية يعطى للزكام ملين ويؤمر بالاستراحة وملازمة
الفراش ومراعاة الحمية ويعطى له في الساع من مسحوق دو فوير من ٨٤٤ قحاحات
ويعطى له في الصباح من كبريتات الكينا قدرة قحاحات

او تستعمل العرقان كمنقوع البيلسان او انهار الصدرية او كلورايدين الپيلوكارپين
(ادر. سنجرام) حقا تحت اللهد ويعمل له حمام قدمي ويستنشق الأبخرة المليئة او
بخار الماء الساخن او الماء المحتوي على ملح الطعام او كلورات البوتاسا او ملح النوشادر
وبعضهم يوصي باستنشاق ابخرة اليودا والكافور او ملح النوشادر او يستعمل سعوطا
محتويا على مسحوق الكافور والبرموت او الزيتو المحلومع البرموت

وتتلف الاثير تما الجلدية بطنى الجبلد بالقانيلين مرارا او بزبدة الكاكاو او بدهن
اللوز المحلو

وأما الزكام الذي يعترى الطفل الرضيع فيلزم له اعتناء وانتباه زائد مخصوص لأن الغشاء المخاطي للأنف إذا انتفخ ولو بدرجة قليلة فهو كاف لسداد الأنف وإعاقة التنفس والرضاع فتضطرر للتغذية عند الطفل وربما هلك جوعاً فجب المبادرة إلى تسليك الأنف وتنظيفه بواسطة اللص الملبنة أو بالماء القراح مراراً في اليوم وبعذى بالمعلقة أو الفخجان حتى يسلك أنفه ويمكن من الرضاعة

ثانياً في الزكام المزمن والبقية أي الأوزين

الزكام المزمن يعقب الزكام الحاد عادة متى تكرر حصوله وقد يكون أصلياً أو تابعياً ويشاهد غالباً عند وجود أمراض منية مثل الزهري وللغناذيري وعند ذوى البنية القينغافية والديابتيرية فيشتكى المريض من انسداد الأنف الذي يلجئه للتنفس بواسطة الفم غينام وفيه مفتوح وتكسب سمته هيئة البله ويضعف عنده الشم والذوق أوبهذهان ويخفى صوته وهما لفته ويتفخ قليلاً وأغراض المخاط أمان يكون مفقوداً فيشتكى بخفاف في أنفه (زكام جاف) وأما أن يكون غزيراً أماناً أو كفيفاً أو منعقداً على هيئة قشور مصفرة أو محضرة كثيرة الالتصاق بالغشاء المخاطي أو قليلته وقد يكون الإفراز قيحياً وبالبحث عن الغشاء المخاطي بالعين أو بالمسحاة لا يرى الغشاء المخاطي أما صامراً أو عموماً مغطى بالقشور منتفخة ومحتقنة واللحم الأثنية ضيقة أو منسدة ويسلك الأنف موقناً بازالة القشور وقد تنتشر من الأنف رائحة منقنة وأكثر حصولها في البقية

وسير الزكام المزمن بطيء جداً ومدته لأجلها وقد تحسن حالته موقناً أو تعود إلى الشكل الحاد وقد عمد إلى الغياشيم من الخلف ولا تيسر رؤية مجلسه إلا بواسطة المنظار الأنفي فيوجب خنة الصوت والتخميم وإذا كان الزكام المزمن متعلقاً بالمخاط أو الزهري أعقبته تقرحات وتولدات فطرية وتأكل في الغشاء المخاطي والغضاريف والعظام فيعقبها هبوط الأنف أو تنقبه واتصاله بالخلق والفم ولما البقية أي الأوزين فهو نوع من الزكام المزمن يسمى بالبقية بسبب تصبها بعد راحة كريمة

كربة جدام انش المريض مصوبة بافرازات مخاطية قيحية او قترحات في الغشا
 المخاطي او آفات في العظام والمضاريف الأنفية وقد لا يصعبها تقدير واضح في الأنف
 حيث يمكن اعتبارها قنيية تشبه رائحة الابط مثلاً وتختلف باختلاف الأشخاص
 ويولد بها بعض الناس وبعضهم تظراً عليه في سن النمو وفي هذه الحالة يشاهد
 في الغالب تشوه في الأنف من نحو اتساع تجويفه وضمور القربيات السفلى وبقعة
 الغشا المخاطي (ذوقال) فينشأ عنه ضعف قوة هواء الزفير فلا يمكنه تنظيف
 الأنف ويرتبط على ذلك ركود الافرازات الأنفية وسهولة تكون القشور ونمو نوع
 من الميكروب (د بيلوكوكي) يكون سبباً في ظهور الرائحة النتنة على لحي (لوبينج)
 وهما ان تكون خفيفة جداً بحيث لا يستشعرها الا في الصباح وتزول بعد تنظيف
 الأنف وتكون قوية جداً ولا سيما عند خروج المواد المخاطية والقشور بحيث تملأ
 المكان ولو كان قاعة كبيرة كهاعات الأسبالية ولكون المريض فاقد الحاسة الشم
 لا يشعر بالرائحة الكريهة مع ان الناس يهربون من مجاورته فتكدر عيشته
 ويكره الحياة وركام البقية يحدث خنق في الصوت خصوصاً متعلقة باتساع
 الحفر الأنفية وانعكاس الصوت فيها

(المعالجة) يعالج الزكام المزمن بتنظيف الأنف يومياً بواسطة اللقن المناسبة
 والفسل المتكرر وتنوع الغشا المخاطي بواسطة الكي السطحي او بواسطة مسحوقات
 يستنشقهها ويستعمل اللقن حقنة ايجيرية تركب لها انبوبة محكمة على الأنف ويؤمر المريض
 بميل رأسه قليلاً الى الجهة الأمام بحيث يدخل السائل فجبهة من الأنف فيسيل من الجهة
 الثانية بدون ان ينفذ الى الخلق ويستعمل للفسل الماء القراح او الملح قليلاً او
 الكلوراك واما الأوزن فيرجح فيه استعمال محلول السليمان في بيبيج ولحد على
 عشرة أوق و محلول فوق مجنات البوتاسا ليهم ولحد على ثلثمائة او محلول حمض البوريك
 او ساليكات الصودا او محلول حمض الفنيك واحد في المائة او خلان الألومنيوم
 واحد في المائة اوياً الينا بيع كشال وموندور

والمساحيق الأكثر استعمالا للاستنشاق هي

تحت تترات البرموت { من كل
مسحوق الطلق
راسها بيض
١٠ جم
٥٠ مسحوق

او مسكر مسحوق ناعم جدا
كلورات بوتاسا
١٠ جم
٣٠ جم

او مسحوق ناعم جدا من محض اليوريك
والزكام المزمن المتعلق بالديابتيز الهرمسي يهاج بالمركبات الزرنجية من الباكين
(المبحث الثاني في زهري الأنف)

(الاصراض والتشخيص) ظهور الزهري في الأنف اما عن توازث او اكتساب
والقرحة الصلبة نادرة واذا حصلت يكون مجلسها عادة في طرف الأنف
او جناحيه

اما الزهري الوردي فيظهر في المولد حديثا على هيئة زكام يعقب التنفس والرضاعة ثم
يسيل من الأنف سائل قيحي وقد يكون مدمما يهيج جناحي الأنف والشفة العليا ويحدث
بها تقرحات تنغلي بقشور مصفرة او مخضرة وتلك التقرحات لا تنور ولا تبلغ العظام
ولا الغضاريف (تروسس) ويلزم المبادرة هنا في تشخيص الزهري لاجل معالجته في
مبده وبعده معاينة الأوصاف المذكورة بحث عن الملحد لأستكشاف الطفحات
الزهريه اذا وجدت كالوردية الزهرية او الأيرتارمادية التي تحيط بالعنق
والعفن والأيدى بدون الاستشعار فيها بالكلان ويبحث ايضا عن اللانحاطية
في الشرج والصفتين والشفتين الكبيرتين وعن التشققات الزهرية التي تكون في ثنايا
الملحد وكثير من الأطفال من تكون سمخته متغيرة ومتكررة اللون منقطعة بنقط

بسور يازية

بسور ياذية مصغرة في الحواجب يصاحبها تساقط شعرها
والزهرى الوراثى تصحبه قواهر متنوعة في سن الطفولية كالتهاب القرنية الزهرى
وتشوه الأسنان الزهرى ونحوه وزهرى الأنف في سن الطفولية والشبويه وباقي
الآفات سواء كان وراثيا واكتسابيا متى أصاب الأنف يتسبب عنه اولاً زكام مع سيلان
غاطي قيى وظهور اوزام وار تشاحات صمغية او قروح منتنة او غير منتنة ليست
مؤلة في الغالب تصيب الغشا المخاطى فتؤكله ثم تصيب العظام والغضاريف
الأنفية فتحدث بها نيكروزا يوجب تأكلها وسقوطها فينتقب عظم قورم ويتصل
بهما الأنف وينتقب سقف الحنك ويتصل بالأنف وربما يهبط الأنف كلبا
فليستنتج مما ذكر ان الأصباغ الزهرية ثلاث على نوعين وقتى وخبيث
فالوقتى لا تنقبه تشوهات في الأنف ولتثبت تعقبه تشوهات دائمة ولذلك
يلزم الاهتمام في تشخيصها وعدم التباسها بالأصباغ الخنازيرية والى
(العلاج) يبدأ في معالجة زهرى الأنف بالأدوية النوعية من الباطن
كالمركبات الزيتية وهور دور البوتاسيوم بمقدار كاف ويضم إليها العلاجات الموضعية
كالشحم الزيتى اذا كان الجلد مصابا والدوش الأئنى لمحاول السيلان بليم او
الفينيك بليم او التهمول ومس القروحات بالجلسرين اليبور فورى او الحجر الفضى
او ذرها بالزيت الحلو واليد فورم ويضطر الى العمليات الجراحية لاستخراج الأجزاء
المتكررة او ترقيع الأنف بعد شفا آفاتها لتخفيف التشوه التامى

(البحث الثالث في الرعاف)

الرعاف هو نزيف الغشا المخاطى للأنف

(الأعراض) اذا كان الرعاف اعتقانيا يسبقه استنشعاد وحرارة في الرأس
وصداخ او احتقان في الوجه والملتهمة وحرارة وامتلاء في الأنف تملأ الذي أصيب
بالرعاف من قبل بقرب التريف وتزول هذه الأعراض بعد سيلان الدم ويكون
ذلك السيلان على هيئة قطرات او سلسول رفيع متقطع ينزل من إحدى فتحتي الأنف

ويندر نزوله من الاثنين معا وقد يسيل من إحدى فتحات الأنف الخلفية ويصل إلى الجمجمة
السليمة من الأنف ويخرج من فمها المقدمة فيظن أن الأنف دامية من المبهتين أو
أن الدم يسيل في الحلق وإذا كان المريض مضطجعا على ظهره يصل الدم إلى المعدة أو
المسالك الهوائية فيتقيا الدم أو يتفتته فيظن أنه مصاب بالتريف المعدي
أو الرئوي

ويختلف مقدار الدم ولونه في العادة أحمر مائع بسبب ملاصقته للهواء حال
خروجه من الأوعية وينعقد بسهولة على هيئة جلط صلبة ولا يتيسر مشاهدته منها
بالعين العارية ولا بالمناظر الأتلى متى كان سائلا على هيئة رشح وأما إذا تسبب
عن تفرقات الاتصال كالقروح والتمزقات الوعائية فيمكن معاينته والتأثير عليه
لانتفاخ حركة التريف ومتى وقض التريف من نفسه ربما يتجدد متى زالت عنه الجلط
الدموية السادة للأوعية عقب عطاس أو مجهود أو تخيم ويتكرر نزول الرعاف
بسهولة عند المستعدين للتريف (هيموفيلي) وقد يسيل غزيرا فيكون خطرا
ومتى زاد مقداره يهت لون المريض وتضعف قواه ويحس بدوار وطنين في
الأذنين وخفقان وأغماء

وسير الرعاف غير منتظم فاما أن يقف من نفسه أو يستمر بدرجة خطيرة أو يتكرر
مرة أو مرارا في اليوم أو يعود مرة في الأسبوع أو في الشهر أو يعود في السنة على
نوب منتظمة ويقف بسبب انعقاد الدم في الأوعية المتمزقة ويعود متى سقطت
الجلط أو يأنف بجموحها

(الأسباب) يكثر حصول الرعاف عند الشباب وقد تكفي له حصوله صيدا مخفيا
على الأنف والتخيم بقوة ويندر عند الشيوخ ويكون عادة متعلقا بفساد جدر
الأوعية وليسهل تفسير الرعاف بالنظر لتعدد الأوعية الدموية المتوزعة في الفم
الحامى للأنف وهو كباقي الانزفة أما أن يكون احتقانيا أو احتباسيا فالاحتقان
يحصل ما من توارد الدم بقوة عند المصابين مثلا بضمامة القلب التي تعقب عدم كفايا
الصمامات

العلامات الأورطية أو من انقطاع المبيض أو النضج المبسور ويسمى حينئذ بالرعاف العرضي وإما أن يحصل من ارتداد مرض جلدى والحمرة (سوم) أو يحصل من تأثير الشمس أو من تغير كبير في فائى درجة الحرارة الجووية أو المنغص الجوى ونشأ التزيف الاحتقاني أيضا في ابتداء الحمى التيفودية والحسبة والروماتيزم المفصل (قروسي) والسيل الرئوى الدخنى (لوى)

والرعاف الاحتسابى يشاهد ما عقب آفات العلامات البطينية التى تسبب عنها امتلاء الأوردة وتمدها أو عقب الامتلاء الوريدى الناشئ من عاقبة رجوع الدم من الرأس لوجود أورام في العنق أو في الصدر في الحجاب المتوسط وقد يشاهد الرعاف الاحتسابى أيضا في السيروز الكبدي سيما عقب الإفراط في المشروبات الروحية ويصحبه غالبا يرقان ودولى في الأوردة الشعرية للحد

وقد يحصل الرعاف من فساد الدم وهو المشاهد في أنواع الديسكرازيات المختلفة كاليرقان البسيط أو اليرقان الخطر والحميات الطيفية التزيفية والحميات المنقطعة واللو سيميا والعاف الذى يصحب التهاب الكلى الزمنى والحبوب متى كان القلب ضامفا فإنه قد يسبقه حصول التزيف الحى والتسمم البولى وفي الغرض أو الهيموفيليا ويتعلق الرعاف غالبا بتغير في نسيج الأوعية الشعرية

وقد يشهد الرعاف بشكل وبائى وقد يتعلق بالحمى المنقطعة المتأخرة وقد يكون الاستعداد للعاف وراثيا وقد يتعلق بأسباب موضعية كتقرح الغشاء الحى ثلاث أو أربعة أو بوليبوسه والسقوط على الرأس عقبه الرعاف إذا حصل في القاعدة كسر وصل إلى الجدار العليا للحفرة الأنفية

(التشخيص والإنذار) يلزم تعيين سبب الرعاف أن كان موضعيا أو نبيا أو متعلقا بمرض في القلب أو الكبد أو الكلا أو عرضيا أو معلنا بهجوم الحمى التيفودية أو لحدى الحميات الطيفية التزيفية للحفرة والإنذار يتعلق بالنظر في مقدار النزف وقوة المريض وسبب الرعاف فيلزم الاجتهاد في تعيينها ويعتبر الرعاف في الحمى

التيفودية والمصبية والجدرى مضاعفة خطرهما

في الحكة قد يكتفى بمعالجة الرعاف باستعمال الماء البارد صبا او
تكميدا على الجبهة والوجه او حقنا بالماء الساخن في الحفرة الأنفية وقد يقف
موقعا عقب ضغط الأنف من اسفل العظم الأنفي مالا على الحاجز الأنفي بواسطة
الاصبع ومتى حصل ذلك يعلم ان محل التريف قريب من الفتحة المقدمة للأنف
فيسهل إيقافه بالسد المقدم بواسطة سدادة من النسالة او القطن مميتة لمحو
قابض كالشباب والتين او فوق كلورور الحديد وقد يكفي في إيقاف التريف استنشاد
المحلول القابض واستعمال مسهوق العفصر والتين نشوقا اصوب لان المحلول
ينجح للبلطة المتكونة فيساعد على إيقاف الرعاف وضع الأقدام في الماء الساخن
او المضاق اليه مسهوق الخردل بحيث يكون المريض جالسا وذراعا مرتفعان
ورأسه مائل قليلا الى الأمام لمنع سيلان الدم نحو الحلق ويعطى للمريض
مشروبات مثلية او حمضية او كولية وجرة من ماء زليل او فوق
كلورور الحديد او يحقن بالأيروجرين تحت الجلد
ويبحث بالمنظار الأنفي عن وجود القرحة فان وجدت تكوى بالحجر القضي او
بالقرموكثير او الجالوانوكوتيد

فاذا لم يقف التريف عقب استعمال هذه الطرق وخيف على حياة المريض تسد
الحفرة الأنفية بواسطة مجس بلوك من الأمام والخلف ولكن هنا تحصل
الصعوبة أولا اذا رفع الجها بسرعة فانه ربما يرجع التريف بعد وقوفه
واذا ترك الجها زمعه مدة ربما التئق بالغشا المخاطي جدا فيعسر رفعه
وربما تمزق الغشا المخاطي من رفعه بعنف وعلى كل حال فلا يلزم تركه حتى
يحصل في الدم تعفن والاصوب استعواضه بكرة من الاستيكاتوضع
في الحفرة الأنفية فإراحة ثم تنفخ بالهواء فتتدد وتضغط على جدران الأنف بانتظام
ويسهل نزعها عند اللزوم وقد يوجب الحال استعمال الحقن الدموي

والرغاف النوب الأجامي يوقف باستعمال سلفات الكينا
ويلزم الاحتباس في معالجة الرغاف العوضي بل وتركه عند البعض سيما الزكان
في سن الشينوخة

(الفصل الثاني في أمراض الحنجرة)

لأنجل سهولة دراسة أعراض أمراض الحنجرة نبتدى أولاً بذكر وظائفها
ثم نذكر طريقة البحث عنها بواسطة المنظار الحنجري على سبيل الإيجاز
فبقول

(أولاً وظائف الحنجرة) وفيها تنفس والتصويت والذى يساعد على تمامهما
بانتظام هو العضلات والأعصاب

أما عضلات الحنجرة فهي على ثلاثة أنواع

الأول العضلات المبعدة للأحبال الصوتية وهي عضلات التنفس الحلقية
الترجالية الحلقية فإذا انشلت تعدد التنفس لأن الهواء عند جذبها بمكة
الشهيق يضغط على لسان المزمار ويغلقه فيحصل الانقباض، والثاني
العضلات المقربة للأحبال الصوتية وهي الحلقية التربالية الجانبية والرقبية
ووظيفةها تقريب شفقي المزمار أو غلقه أما تقريب شفقي المزمار فينشأ
عند العزف، أما إذا كانت متباعدة لانهكز التصويت وأما غلق المزمار
فتنتج في فعل اليهود فإذا انشلت هذه العضلات انقطع الصوت فلا يتيسر
حينئذ فعل اليهود الثالث عضلات التصويت خاصة وهي الدرقية الترجالية
والحلقية الدرقية ووظيفتها توتر الأحبال الصوتية لحصول التصويت
ويتسبب من مثلها بحة الصوت أو فقدته

وأما أعصاب الحنجرة فأهمها العصب الراجع والحنجري الحشى فالعصب الراجع
ينشأ من الشوكي والرئوي المعدي ويتوزع في جميع عضلات الحنجرة ماعدا
الحلقية الدرقية التي تلتذفروها وسطها من الحنجري الوحشي ولها الحساس

الحجرة فإنه يتعلق بالرئوي المعدى والجفري والوحشي
 (توراك) النظر للجفري) بالنظر للجفري هو آلة حديثة الایجاد اخترعها (توراك)
 و (كريرماك) في سنة ١٨٥٧ و ١٨٥١ وهي تركب من مرآة عاكسة للضوء ومرآة
 عاكسة لصورة الحجرة

وكيفية استعمالها ان يبدأ باستحضار الضوء اللازم سواء كان بالغاز او اللهب
 او ضوء الشمس نفسه ويجلس المريض بحيث يكون ينبوع الضوء خلف ظهره
 ومروا شعته على كتفيه ويجلس الطبيب امام المريض بحيث يكون مرتقا قليلا
 عنه ثم يعكس الضوء على الجزء السفلي من وجه المريض بواسطة مرآة مقعرة
 قليلا لمسكها الطبيب بيده او يثبتها على جبهته بواسطة رباط مخصوص ويبقى
 يذاه متفرغة لاجراءات اخرى ثم يؤمر المريض بفتح فمه واخراج لسانه والقبض
 على طرفه بنفسه بالانهام والسبابة ملفوفتين بطرف منديل او غوطه لمنع
 الانزلاق واذا اليك ذلك فضع قاعدة اللسان يلزم استعمال خافضة اللسان
 وبهذه الطريقة يسقط الضوء المنعكس على الحلق وفي ثناء ذلك يستحضر
 الطبيب مرآة الحجرة مدقاة بأمرادها على لهب مصباح او في الماء الساخن او
 مدهونة دهن خفيفا بالجليسرين لاجل عدم تكدرها بأبخرة التنفس ثم يامر
 المريض بالتنفس بهدوء وانتظام وان يقول آه بقوة لاجل استعداد اللهاة
 لقبول المرأة الجفريية التي يقبض الطبيب على ساقها كعلم الكتابة ثم يدخلها
 بسرعة ولطف حتى تصل الى اللهاة ويكون الساق مغر فاجهة زاوية الفم
 بعيدا عن محور النظر ومحب على الطبيب لتعود على استعمال المرأة الجفريية باليد
 اليسرى ويدخلها بحيث تكون متجهة الى الأسفل تابعة في سيرها سقف الحنك
 بعيدة ما أمكن عن اللسان ومضى وصلت الى اللهاة تحرف بحيث يكون اتجاهها
 الى الأسفل والامام وتضغط بلطف على اللهاة لرفعها الى اعلا وخلف
 وبهذه الكيفية تنعكس فيها صورة ظهر اللسان ولسان المزمار والحجرة وتسهل
 مشاهدتها

مشاهدةها يتحرك المرأة بخفة حسب الاقتضا وانما يجب الاحتراز في عدم دفع المرأة الى الخلف لتجنبها ملامسة جدر البلعوم فانها عند بعض الأشخاص حساسة جدا اكثر من اللهاة ومع الممارسة يمكن مشاهدة الحجرة في برهة من الزمن واذ لم تكف المعاينة حالاً يترجم ترك المريض ليستريح مسافة دقيقة او دقيقتين ثم يستأنف الكشف عليه

(معهوبة البحث بالمرأة المخبرية) يصعب على المبتدى مشاهدة الصورة في المرأة وتميز اوصافها وليسهل جداً بالتعود والممارسة ويصعب على المريض في الأبتداء تحمل ملامسة المرأة المخبرية للهاة والغلصمة ثم يعود عليه في اقرب وقت وقد يكون اللسان محذواً من جهة قاعدة فيعيق مرور المرأة المخبرية ويمنع مرور الضوء للحاق فيلزم تمرين المريض على تبطيط لسانه امام مرآة الحفرة او تستعمل له خافضة اللسان وقد تكون اللوزتان مخمين والمسافة بينهما ضيقة جداً فيلزم حينئذ استعمال مرآة حفرية صغيرة وقد تكون اللهاة والغلصمة حساستين جداً فتتهيجان بسرعة من ادنى ملامسة وتوجب السعال او القيء او الشعور بالاختناق فيلزم الأبتداء تخفيفاً لأحاسيسه بنموس قطع صغيرة من الشمع لمدة ربع ساعة او دقيقتين قبل البحث (ما كثرى) او باستعمال محلول الكوكايين نيجاً مسجاً بالفرشاة او رذاً بالمرزاز او باستعمال غرغرة برومور البوتاسيوم قبل البحث. يوصف ساعة

ثم اذا كان الشخص مصاباً بأفة في الحفرة او الرشيان فانه يمرور المرأة المخبرية فيظهر عليها غالباً مسائل معلى قيء يتكرر ظهوره ولو تكرّر عمل الغرغرة قبل البحث وتكون اللهاة عريضة عند بعض الأشخاص بحيث انها تحيط بالمرأة المخبرية وتظهر تحت حافتها السفلى بحيث تعيق رؤية الصورة او تكدها فينتادرك ذلك بأستعمال مرآة عريضة

وقد يكون لسان الزمار عريضاً جداً ومتجهاً الى الخلف فيغطي فتحة الحفرة

بما لا تمنع ظهور صوتها في الرقبة فيمريض بأن يقول على بقوة وإن كان لا يمكنه النطق
بها البروز للسان خارج الفم إلا أن الجمهور اللازم لذلك يكفي لرفع لسان المزمار إلى
الأمام وقد يكفي لرؤية اللجزة هنا نحنأرأس المريض إلى الخلف ووضع المرأة بعيداً
عن اللهاة بقليل وأن تعسر الأمر في الحالتين يلزم استعمال مجس ذي زرمخني الطرف
يدخل إلى الوجه الخلفي للسان المزمار ويحذيه إلى الامام وإذا كان هذا العمل
غير ممكن عند بعض الأشخاص بسبب زيادة احساس الغشا الخاطي والاستشعاع
بالاختناق عند ملازمته فيلزم تنقيص هذا الاحساس باستعمال مجس
الكوكاين

ثم إن صورة الأجزاء التي تشاهد في المرأة تكون في نسبة مجاوزتها الطبيعية وإنما
يلزم النسبة إلى الأجزاء الموجودة في الجهة اليمنى من الجسم ترسم في الجهة اليمنى
من المرأة وأجزاء الجهة اليسرى منه ترسم في الجهة اليسرى منها وأما باعتبار الوضع
المقدم الخلفي فإنه يكون منقلبا كان الناظر ينظر من الخلف إلى الامام بل إن يسانها
من الخلف أعني أن قاعدة اللسان تشاهد في الجزء العلوي من الصورة المرئية وتلاحظ
الجزء الألية في الجزء السفلي منه وأما صورة لسان المزمار فتختلف في بعض الجهات
لأنشاهد منه الاحافته والبعض يشاهد منه مد ظم من ظم الخلف في اللون الأحمر
الزاهي الذي قد يلبس باللون الأبيض في بخلاف الغشاء المخاطي المجردة فانه ر
باهت ولون الأضبال الصوتية مبيض لامع

(المبحث الأول في التهاب اللجزة)

التهاب اللجزة إما أن يكون نزلياً بسيطاً أو مزمنياً وإما أن يكون متضاعفاً
بتشنج ونزب اختناق أو بتكون أغشية كاذبة أو بأوزع المزمار وإما أن يكون
محيطاً بالغشاء ريف ولندكر هذه الأنواع بالتفصيل ثم تتبع اذكر التهاب اللجزة
الدرني والزهري

(أولاً في التهاب اللجزة النزلي الحاد) التهاب اللجزة الذي يترتب على مجلسه الغشا المخاطي للجزء

(الاسهال) التهاب الحنجرة النزلى الذى كثيرا ما يكثر الحصول فيه جميع الاعمار والأقاليم ويشاهد في الغالب بين سن العشرين والاربعين سيما عند الرجال ويكثر حصوله في زمن تنقل الفصول وينشأ غالبا من تأثير البرد اما على نفس الحنجرة او على جزء من الجسم بعيدا عنها كالأقدام او يعقب تأثير الغازات والارتبة المبهجة للحنجرة كما يشاهد عند الشغاليين في المعامل الكيماوية والتكليم بقوة مدة طويلة كالوعاظ والمحظايا ومن الافراط في المشروبات الروحية وشرب الدخان والتأبى يعقب ذبحان الحلق ويشاهدنا نوبا في المصيبة والمضى الواقعة وداء (بروت)

(الأعراض) تبدئ الأعراض فجأة وقد تسبقها اعراض هيج حركية حمية مصحوبة بقشعريرة وعطش ثم يحس المريض بدغدغة في الحنجرة وسعال جاف في الأبتداء ثم ينفث مواد مخاطية لزجة تنفصل من الغشا المخاطى للزمار بصعوبة ويتألم من التنفس والتصويت وحشن الصوت ويصدر غير منتظم اوايح بدرجات مختلفة او يفقد الصوت بالكلية ولا تحصل اعاقاة واضحة في التنفس عند الكمل بخلاف الطفل فان عسر تنفسه يحصل بسهولة بالنظر لمغز ميماره ويتضاعف بنوب اختناق تشنجي وتخف الأعراض بعد مضي بعض ايام او اسبوع الى اسبوعين ويكاثف الصاق ويسهل السعال ويبرأ المريض ولا يعود صوته كما كان الا يبطئ وبالجث بالمقار الحجري يشاهد احمرار الغشا المخاطى واستفاحه سيما في حذاء لسان الزمار والثانية الترجيمالية الزمرارية والأحبال الصوتية الكاذبة واما الاحبال الصوتية السفلى فتكون محقنة حمرة فاقدة للعانها الصدفي الا انها لا تكون منتخجة عادة

واذا كان الالتهاب شديدا يتميز بزيادة الاستفاح وظهور نقط الكيموزية تحت الغشا المخاطى وتكون سحجات جزئية في بعض النقط

ولا تصحب التزلة المخجزة للطفيفة حركة حموية واضحة تمنع الشخص من الاستمرار على اشتغاله واما الالتهاب الشديد فيعرف بزيادة الحمى وشدة الأعراض المخجزة

(التشخيص) يلزم تمييز فقد الصوت التزلي عن فقد الصوت العصبي الذي يشاهد أيضا عقب تأثير البرد ولكن لا يصحبه تغير في العشا المخاطي كما ثبت ذلك بالبحث بالمختار المخجزي ويلزم تمييز التزلة البسيطة من التزلة الزهرية بما سنده

(الأذكار) التزلة المخجزة لا تغلو عن بعض الخطر عن الاطفال وهي عدمه للخطر عند الكهول الا بالنسبة لسهولة نكثاتها التي ربما كانت سببا في تعطيل الشخص عن اداء وظيفته وتكسبه كالعنق والظبية والمخامى وغيرهم (المعالجة) يلزم في اول الامر راحة الصوت والاقامة في مكان درجة حرارته متساوية واستعمال المشروبات المعركة والايضه والغرائير المليئة واذا كان الالتهاب شديدا لا بد من استعمال الكمادات الباردة على المخجزة وتلطيفها بسعال والالم بالمورفين والامينون او الكلورال وشراب الخس او بوضع ورق خردل على العنق في ابتداء التزلة لاجل احداث التحويل وتلطيف الاعراض

ولاجل معالجة الاستعداد للتزلة المخجزة يلزم غسل العنق يوميا بالماء البارد والمزجج في الهواء بدون استعمال بيشال او نحوه حول العنق وتبديل الهواء في الجبال كجبل لبنان وجبال السويس (ثانيا في التهاب المخجزة المزمن)

(الاسباب) الالتهاب المخجزي المزمن يعقب الالتهاب الحاد غالبا اذا استمر تأخير السبب الذي أحدثه كلمة ومرة على الافراط في الداء وموت وتعاطى المشروبات وقد يعقب الذخعة الفمية الخبيثة وهو كثير المصولة

في سنن التمهيد

في سن الكحولية ويعتري الرجال أكثر من النساء وقد يجلبه استعمال اليد وروايات
والمرکبات الزهيقية (ستوراك)

(الأعراض) أهم أعراض الالتهاب الحنجري المزمن هو تغير الصوت بمحة
أو يفقد بالكلية ومقابلة الشخص نفسه في التكلم بحس بتعب وجفاف في الحجرة
ودغدغة أو ألم وسعال وخرج بصاقا نادرا من مواد مخاطية لزجة سنجابية أو مخضرة
ومعنى ينفذ التنفس رغا تصل إلى درجة الاختناق

وبالبحث بالنظار الحنجري يمكن مشاهدة الدبجات المختلفة للالتهاب من ابتداء الاحتقان
والانفتاح الخفيف إلى الاحمرار الشديد الذي يكون في بعض النقط أكثر وضوحا
منه في النقط الأخرى فيكون أقوى في الوجه الخلفي لسان المزمار والثنيتات الترجيحية
المزمارية والاحتقان الصوتية الكاذبة منه في الأحبال الصوتية الحقيقية وتشاهد
المواد المخاطية في بعض النقط ملتصقة بالغشا المخاطي بدرجة مختلفة وعند التكلم
لاقترب الأحبال الصوتية بدرجة كافية بسبب انفتاح الغشا المخاطي بين العضلات الترجيحية
ونصف العضلات (سمسون) وقد تحصل تفرحات صغيرة بحسها في هذا الترتيب إلى خاليا
ومنى وصل الالتهاب إلى القدر العنقودية للغشا المخاطي متى حينئذ بالالتهاب
الحبيبي وهو عقب الذبحة الحبيبية المعلوم عادة ويوصف باحتقان الغدد وتدمها
وبحسها تنجر شعري واضح في مرآة المنظار الحنجري مجلسه الجهة الخلفية من الحجرة
بين العضلات الترجيحية وعلى قاعدة لسان المزمار وفوق الأحبال الصوتية
وقد شاهد المعلم (ستوراك) هنا حصول تفرق في الأوعية الشعرية وخروج بصا
مدمر بما يوجبها الألتباس بالالتهاب الدرني

وقد يحدث الالتهاب المزمن سماكة وتيبسا في بعض مواضع من الغشا المخاطي
لا سيما في لسان المزمار والثنيتات الترجيحية المزمارية والاحتقان الصوتية (سمسون)
وقد نسل السماكة إلى حالة تعيق مرور الهواء بدرجة كافية للتنفس وتوجب إجراء
عملية القطع الحنجري

(المعالجة) التهاب المخزى الزمن البسيط قابل للشفاء في أغلب الأحوال بشرط استراحة الصوت فلا يتكلم المصاب الا بوشوشة اذ الزم الحال والاحسن ان يتكلم بالإشارة او الكتابة ويمتنع من شرب الدخان والمشروبات الروحية ويجنب البهارات ويقيم في مكان تكون درجة حرارته مستوية خالية من الأتربة والأبخرة المهيجة والرطوبة

ولاجل تلطيف تهيج المخزى يستنشق المريض بخورة قلوية ايهودورية او كبريتية بواسطة جهاز التنجيز المخصوص لذلك او يستعمل محلول برومور البوتاسيوم او كبرونات الصودا مع قليل من المورفين رذا بواسطة الجهاز الرذازي وتستعمل القوابض ايضا كمحلول الشب والتشنج رذا ولجل التأثير بأقوى درجة ممكن استعمال محلول القوابض مسا بواسطة الفرشة او الأسفجة المخزجة او تستعمل المسحوقات القابضة التنينية أو الشمية قحنا في المخزجة بواسطة انبوبة (ممكن) يخرج استعمال محلول كلوروز الزنك مسشا (سيمسون) يوصى باستعمال نترات الفضة مسا في الأسبوع او الأسبوعين مرة ولجل تلطيف التهيج الذي يعقب هذه الطرق الملاجية تستعمل المكادات الباردة و (كزيهاجر) يفضل استعمال الكبريا في كل المحبوب التي تظهر في التهاب الزمن للمبيد وفي بعض الأحيان يحبا استعمال المحولات الجلدية على الصق كصبغة اليود والمراريق الطيارة او المراهم المنعطة ونحوها او تعطى له المركبات الزرنجية او يودور البوتاسيوم من الباطن لأجل تنوع البنية ومساعدة الأدوية الموضعية

وان أمكن يرسل المريض الى الحمامات المعدنية الكبريتية او الملحجية او القلوية كحمامات ايكس وكارلسبار وما رينباد وAIMS ونحوها او يرسل الى شواطئ البحار

ويلزم الاهتمام في المعالجة الواقية متى برئ المريض او تحسنت حالته

لجل

لأنه يمنع سهولة التنفسات بعلاج يشتمل على المقويات اذا كانت البنية ضعيفة ويؤمر المريض بالرياضة والفسيحة في الخلوات وعلى شواطئ البحار وبالعود على الاستحمام بالماء البارد وغسل العنق يومياً مع الاحتراس والحفظ من البرد بدون احتياج الى تدش العنق بمثل مثال وتجنب الأتربة والأبخرة المهيجة والرطوبة ولا يتعب صوته بلو طالة الكلام او الصراخ او الغناء بل يتكلم قليلاً بصوت منخفض ما أمكن (ثالثاً في الالتهاب الحنجري التشنجي أى الكروپ الكاذب)

(الأسباب) الالتهاب الحنجري التشنجي مرض يصيب الأطفال من تأثير البرد والرطوبة وكون الفتحة بين الغضاريف الترحمالية عندهم ليست تامة التكوين وفتحة الزماريين الأضبال الصوتية ضيقة وقصيرة فتى حصل عندهم أقل التهاب في الحنجرة تضيق فتحة الزماريسهولة فيحصل عسر في التنفس يصحبه تشنج في عضلات الزمار فيحصل الخناق يأتى على نوب وأكثر حصوله عند الأطفال بين سنتين وست سنوات وكثيراً ما يصحب هجوم الحصبة أو يسبق الالتهاب الرئوى الشعبي

(الأعراض) قد شرحها (تروستش) فقال طفل عمره بين سنتين وخمس سنين يقوم من النوم مفزوعاً في نصف الليل معه ضيق في النفس وسعال أبلغ متواتر قوى وتنفسه متقطع لهث في فيه شهيق صفيرى حاد ويكون صوته منطفئاً مدة النوبة المذكورة وأجها بعدها ولكن انطفاء الصوت هنا لا يصل الى درجة انطفائه في الكروپ الغشائى ولا يصر ضيق النفس بهذه المثابة مع اعتقان الوجه وحالة كرب وفزع ترى على سحنة الطفل وتمتكت النوبة مدة نصف ساعة او ساعة او ساعتين او ثلاث ساعات ثم تزول وبهذا الطفل ويعود الى مضجعه وينام ويتندى جسمه وتقل سرعة نبضه ثم يستيقظ في الصباح ومعه سعال رطب وفي تنفسه بعض

صعوبة ولكن تزول هذه الصعوبة في مدة النهار ويعود صوته قهريا من الطبيعي وفي نصف الليل تعود اليه النوبة ويتكرر ذلك عدة أيام متوالية بدون حصول حركة حمية واضحة وإذا سئل أهل الطفل عن حالته يقولون أن صحته كانت معتدلة أو كان حصل له برد خفيف فقط وبالبحث عن خلق الطفل لا تشاهد فيه أغشية كاذبة ولا انتفاخ ولا احتقان في العقد تحت الفك وينتهي المرض بالشفاء عادة ولا ينتهي بالموت إلا في احوال استثنائية وهذا المرض بما يصيب الطفل مرارا كلما تعرض لتأثير البرد والرطوبة ولذا يلزم الاعتناء بملبوسه

(التشخيص والانداز) تشخيص الالتهاب التشخيصي للحجرة بسيط وسنعود اليه عند الكلام على الكروبي الغشائي وانذاره عادة خفيف ولكنه لا يخلو من الخطر عند الأطفال كلما صغر سنهم وقد ينتهي بهلاك الطفل في نوبة قوية

(المعالجة) يمكن تلطيف النوبة بوضع محلول على عنق الطفل كاسفنجية او منديل مبلول بماء ساخن جلا (جراف) يصير تبديله كلما برد حتى يبرد جلا العنق وتلزم تدفئة اطرافه السفلى إذا وقع الطفل في الاسفكسيا يعمل له التنفس الصناعي او يجري له عملية القطع الجفري لانتقاده وفي فترات النوب يعطى للطفل مقي من عرق الذهب او مشق من الجلبة والزيت الحلو وتعطى له مشروبات ملينة يضاف اليها برومور البوتاسيوم او شراب الكلورال الايدرات

(رابعاً في الالتهاب الجفري الغشائي) أي الكروبي

(الأسباب) هذا الالتهاب يعرف بتكون أغشية كاذبة في الحجرة وهو على نوعين اما ان يكون بسيطا موضعيا غير متعمد ويسمى بالكروبي البسيط وهو نادرا جدا واما ان يكون نوعيا متعلقا بالدفستيرا ويكون معديا

معديا وبائيا ويسمى بالكروپ الدفتيرى وهو كثير الوصول والكروپ
الدفتيرى اما ان يكون اصليا وهو نادر او تابعيا للدفتيرى بالحقاق والآنف
وهو المعتاد وقد يصاحف بعض الأمراض العامة كالخصبية والحمى التيفودية
والسعال الديكى ويتولد الكروپ الدفتيرى إما بالعدوى او بحالة وبائية
وعمكن ظهوره فى كل الأعمار وفى سن الطفولة بين سنتين وسبعة
أكثر وتخطره فيه أكبر

(الأعراض) يتبدى المرض بحركة حمية وفقد شهية وكثرة طلب شرب
الماء وعطاس وتغير صوت وسعال بدون تألم وبعد مضي بعض ساعات
او بعض أيام تظهر أعراض الكروپ اما بالتدريج او فجاء بالليل
وسواء كان ابتداء بالحجرة او وصل اليها من الحلق فانه متى تكونت الأغشية
الكاذبة عند الطفل يضطرب التنصوت والتنفس عنده واما السعال فيكون
فى الأول نادرا وسهلا فيه بحة قليلة ثم يزداد وترداد تحتة ايضا ويتكرر على
نوب ثم تفقد رنايته بالكلمية فيصير عديم الصوت أصم وكلما تقدم الزمن
تقل نوب السعال تدريجا فلا تأتيه الا فى كل ربع ساعة او نصف ساعة مرة
ثم فى مسافات أطول من ذلك (تروس) والصوت فيه بحة كالسعال وينطفئ
بالتدريج ثم يزول بالكلمية بحيث اذا تكلم الطفل ترى حركات شفثيه ولا تسمع
لصوته ادى نفثة حتى ولا همس ويفسر التنفس بالتدريج ايضا كلما تكونت
الأغشية الكاذبة واوجبت ضيق الحجرة لاسيما فى حذاء التشنجات التجمالية
الزمارية وفى حذاء فتحة الزمار نفسها فيصير الشهيق صعبا صغيرا تسمع
بجهوداته على بعد وبعثت الوجه وتتسع فتحات الأنف بقوة لدخول الهواء
وتميل الرأس الى الخلف ويتقوس الظهر لأجل استقامة الحجرة وسهولة مرور
الهوا فيها على غير فائدة وكلما انفسر التنفس تنفخ علامات الجذب وهي تغير
القسم الشراسيفي وانحساف البطن فى حذاء الاضلاع الكاذبة وتقصير

الحفرة فوق القعر وفوق الترقونين عقب حصول الفراغ في الصدر بسبب
 خروج هون الزفير وعدم تعويضه مدة الشهيق فيجذب الحجاب الحاجز وتمسح
 الأنحسا لاجل امتلاء الفراغ ومع تقدم المرض تظهر نوب اختناق ناشئة عن
 تكاثف الأغشية الكاذبة وتشخ في عضلات الزمار فيخرج الطفل ويخرج
 نفسه على أيدي أمه أو داتته ومتماصر فت النوبة يطلب عوده إلى فراشه
 وتكرر نوب الاختناق في الابتداء كل ساعتين أو ثلاث ساعات مرة ثم تتأرب
 النوب وتعود كل ساعة أو أقل وقد تحصل فترات استراحة عقب خروج الأغشية
 الكاذبة خصوصا في الصباح فيخف السعال نوعا ويظهر الصوت قليلا
 وربما يطلب الطفل الطعام وينام برهة مسترخيا وبعد قليل تعود النوب
 وتقوى كلما تكررت ويستمر خطر هامة أيام ثم إذا كان الانتهاء حميدا
 تتباعد النوب ثانيا ويخف الاختناق فيها ويسهل التنفس ويترطب السعال
 وأما إذا كان خبيثا فإن الأسفكسيا تتقدم بالتدريج فتزرق الشفتان
 ويصت الوجه أو ينتفخ ويحتقن وتصير العينان لماعة مخدرة في حالة ضجر
 وتطبق نصف انطباق في هيئة تناعس ويصير النفس سطحيًا ويسرع
 النبض ثم يصير متقطعًا وتبرد الأطراف ويسبق الموت غالبًا نوب تقلص
 عام

وبالشهيق إذا لم توجد مضاعفات صدرية لا يسمع إلا نفخ الشهيق أو
 تتقلب نظام المركات التنفسية فيستطيل الزفير جدًا بسبب صعوبة خروج
 الهواء من فتحة الزمار الضيقة

والبصاق له أوصاف خاصة فيعصبه في نحو اليوم الرابع خروج أغشية كاذبة
 تكون عريضة متى صدرت من الحجرة واسطوانية متى صدرت من القصبه
 أو الشعب والحصى تكون عادة متوسطة لا تزيد الحرارة فيها عن ٣٩-٣٩
 درجة مالم تحصل مضاعفات صدرية وقد يصحبها غثور الزلال في البول

بسبب

بسبب تأثير مكروب الدفتيريا على الكلا أو بسبب الاحتقان أو التهاب
الكلى وكثيرا ما يحصل طفح في الجلد يشبه طفح الحصبة أو القرمزية
(بوشاوسيه)

ولما عند الكمل غمغوغ اعراض الكروب بالنسبة لانتساع الحنجرة وصلابتها
اما السعال والصوت فاو صافها كما ذكرناها في كروب الطفل ولما عسر النفس
والأسفكسيا فان سيرهما بطي وتدريجى ولا يصحهما شي بمصغرى ولا نوب
اختناق ولا يشاهد معهما البول الزلالى **الافى احوال**
استثنائية

(السير والمدة) يمكن تقسيم الكروب بالنظر الى سيره الى دورين
دور عسر التنفس ودور الاسفكسيا وتختلف مدته من ٣ : ٥ اياما
وفي بعض الاحوال الثقيلة يهلك الطفل في اليوم الثانى وقد يصير الكروب
مزمنًا فيستمر تكون الأغشية الكاذبة مدة اشهر او سنين وعلى كل فالكروب
البسيط اقل خطرا من الدفتيريا

(التشخيص) قد يشتبه الالتهاب الترى الشديد والاوزماوى والتشنجى
بالكروب ولكن انطفاء الصوت والسعال فى الالتهاب الترى لا يصل الى
درجةته فى الكروب واوزما الزمار يكون فى الغالب تابعة لمرض سابق
وعسر التنفس فيه يات بسبقه تغير الصوت والزرفير فيها أسهل وافهم منه فى الكروب
وقد يسبق فيه صوت البيرق ويمكن مشاهدة الأوزما بالنظار او بالعين
وأما الفرق بين الكروب الكاذب والحقيقى فقد يكون قليل الوضوح ولكن
هجوم الكروب الكاذب فجائى تبتدى نوب الاختناق فيه ليلًا وتعبها خفة
واستراحة فى النهار وهجوم الكروب الغشائى تدريجى وتتقدم عسر التنفس
فيه ببطئ ويضعف السعال والصوت ثم ينطفئان بالكلية واما فى الكروب
الكاذب فلا يصلون الى درجة الإنفنا بل يكسب الصوت شبه صوت الديك

والبرو وبالمبحث في سواق المريض يمكن استكشاف سبق حصول ذنبية
حلقية دفتيرية واحقان في الغدد تحت الفك وبالمبحث عن البصاق
يمكن استكشاف بعض أغشية كاذبة فيه تدل على التشخيص

(المضاعفات) يتضاعف الكروپ بامتلاذه الى القصبة والشعب وقد
يبتدى التهاب الغشائ بالشعب ثم يصل الى الحجرة وقد يحصل التهاب
مشعبي رئوي اورثوي حاد فيشتعل الخطر وقد يمتد التهاب الغشائ
الى الانسداد (تُرْسُور) يعتبر الزكام الدفتيري علامة على الشكل الخبيث
وقد يتضاعف الكروپ بالحيمات العفمية ويعقب الدفتيريا شلل في
العضلات وسبق ذكره مفصلا عند الكلام على الدفتيريا في
العمومات

(التشريح المرضي) أهم الآفات هي تكون الأغشية الكاذبة التي تبطن
تجويف الحجرة لاسيما التشنجات الترجيمالية المزمارية والأحبال الصوتية
على هيئة طبقة مستوية او تقع اوصافح منفردة مصفرة او حمرة بسبب
ارتساحها بالدم ومختلف سمكها فان كانت بسيطة تكون رقيقة تجردا
ومثلي تعدت طبقاتها ربما بلغ سمكها ٢-٣ ملمتر ويشو سمكها بتكون
طبقات جديدة على سطح الغشا المخاطي تدفع الطبقات القديمة امامها
وتتكون الطبقات الجديدة في الطبقة السطحية من الأدمة تحت البشرة او
معها والأغشية الحديثة أكثر متانة من القديمة ومثلي قد تمت تصير هشة
وتتفرق بسهولة وتنفصل وتخرج مع البصاق وبالمبحث بالمكروسكوب
يُرى انها متكونة من ليفين وكرات قيحية وخلايا بشرية مخاطية مرشحة بمادة
هلامية محتوية على الباسيل الدفتيري واما الغشا المخاطي فيكون ملتهبا
وبالمبحث عنه فحذاء الأغشية الكاذبة يرى أنه في النادر متقرح
(المعالجة) معالجة الدفتيريا على وجه العموم ذكرت في محلها ونكتفي هنا
بذكر

بذكر ما يختص منها بالكروپ وهو مختصر في منع تكون الاغشية الكاذبة وتسهيل خروج ما يتكون منها ومداركة الاسفكسيا بالقطع الجعزي ويمكن منع تكون الاغشية الكاذبة باستعمال الادوية الممنوعة للالتهاب كالجبلة الصيق وبسم الكويك (ناروير) والادوية المضادة لليكروبات الدفتيريا كحلول حمض الفنيك او البوريك واما تخليص الحجرة من الاغشية فيحصل اما بدفعها الى الخارج بالحقنات او تدويرها باستعمال القلويدات

وبالحلة متى حضر الطبيب لمعالجة الطفل المصاب بالكروپ يلزمه الامتناع كلياً عن استعمال مضادات الالتهاب المضعفة كالحذ الدم وعن استعمال المحرقات التي تبعث الدفتيريا الجلدية على الظهور واذ كان الكروپ في مبدئه يعطى للطفل ملعقة صغيرة من التركيب الآتي في كل خمس دقائق (شراب عرق الذهب ٦ جرام و مسكوق عرق الذهب ١ جرام) ومتى حصل القئ لا يلزم تكرار تعاطي القئ وتحفظاً على قوى المريض ويستعمل محلول حمض الفنيك ١٣ او حمض البوريك ١٤ للتخفيف حول فراش الطفل ويعطى له في اليوم من ٤ الى ٦ جم من الكبابه الصيق هكذا (شراب بسيط ١٠ جم كبابه صيني ٦ جم) ولما اكمل فيمكنه تعاطي خمر خلاصة الكبابه الصيني وبسم الكويك

ولاجل تغذية الطفل تعطى له الالبان والامراق والماء النبيذ والقهوة واذ لم تحصل فائدة من هذه العلاجات وتقدمت الاسفكسيا وظهرت علامات الجذب يضطر الى اجراء عملية القطع الجعزي ويمكن اجرائها مادام في الطفل نفس (ارشامبو) لانه ربما نجوا لطفل بسبب هذه العملية بعد ان كان في درجة الموت ويقل نجاح العملية كلما كان سن الطفل اقل وفي قليلة النجاح بين سن السنتين لضيق المسالك الهوائية عنده ورخاوة الجدار الصدري

ومعوية تغذيته ولما فرق السنين فيمكن اعتبار نجاح العملية في قدر الربع
 قريبا (روجير) والسبب في عدم النجاح في الغالب هو امتداد الالتئام بالعضات
 الى القصبة والشعب واحصول التسحم الدفتري وبعد العملية تراعى تغذية
 الطفل وادئاغاسى عن تعامى الاغذية بالغم نصب له الامراق والالبات
 ونحوها من الالف بواسطة قمع او كى تمرن مع الاحتراس او تعمل له الحلقن
 المغذية بواسطة المستقيم الا ان النتيجة هنا تكون وقتية وجزئية وقد يتعذر الامر
 واما استعمال الأنبوبة المعدنية بعد العملية فاختلفت فيه آراء المؤلفين وعلى
 كل حال فيلزم الاعتناء بتطهيرها مع المواد القياسية والاعشبية الكاذبة
 التي تصل اليها

«خامسا في الالتئام الحضرى الاوزنباوى * اى اوزنما الزمار»
 الالتئام الحضرى الاوزنباوى هو الالتئام غلقوى يصيب العضات الخاطى والنسيج
 الحولى تحته يصعب ارتشاح قيح او مضطى قيح تحت العضات الخاطى للحضرة (لوى
 وكرويليه) ويندر حصول الارتشاح المصلى الصرف ويكون تابعا للمرض (بوليت)
 وسواء كان الارتشاح مصليا او قيحيا فيختلف مجلسه ويكون غالبا في احوال
 الزمار في الشبات الترجهالية الزمارية واللسانية الزمارية ون قاعدة نسأ
 الزمار ونظير مرجان بين الغضروفين الترجهاليين والوجه المدمر من
 البعلوم وفي هذه الحالة يستحسن عند ادخال الاصبع في الحلقن بحوية اوزنباوى
 قد يكون مجلس الاوزنما في الاحبال الصوتية وبقية رعاة على الجزء الخلفى
 منها ان يمتد الاوزنما تحت الزمار في ابتداء القصة ويمكن تمييزها بالنظر للحجز
 فحما ذكرى ان لفظة اوزنما الزمار ليست مطابقة الى الله المرضية
 ون الاوزنما تكون في العادة النهائية ومجلسها في الاجزاء الرخوة فوق المياد

واما الاوزعما الصريف التي تصيب الزمار في حالة استثنائية
 (التشريح المرضي) تقتصر الاوقات المرضية في الارشاح المصل او القيحي في النسيج
 الخلوي تحت الغشا المخاطي منتشرة في اللمبين معا وقاصرا على جهة من الحضرة
 ويشق الغشا المخاطي اما ان يسيل السائل المرتشح ويصطب الغشا المخاطي او يصر
 سائلته بالتشريد لكونه محتبسا في الشبكة الخلوية وقد يجمع القيح في بورات
 صغيرة تسري وتتغ في الحجرة او في البلعوم او في جلد العنق
 والغشا المخاطي وحده الاوزعما اما ان يكون باهتا او محتقنا محر او شاهدا
 فيه تقرحات مختلفة سطحية او غائرة غير منتظمة للوقى والعضاديف اما ان تكون
 سليمة او مصابة بالتهاب نيكروزي

(الاسباب) الالتهاب الحجزى الاوزعماوى اما ان يكون ذاتيا او تابعا
 فالثاني كثير للمصول عند الكحول ونادر في سن الطفولية وهوناشئ
 عادة من تأثير البرد او يعقب حرق الجلد او يروح المصقوا ودخول اجسام غريبة فيها
 او شرب السوائل ساخنة جدا او سُموم كاوية كالحوامض وتؤخذ ذلك والتابعي
 يظهر في سير مرض آخر كالامراض القرمزية او داء برت وحمرة البلعوم
 واورام الحجرة والبلعوم والجدي والدرن والزهرى واللمى التيفودية وجميع
 الامراض العفنة

(الاعراض والانتها) الاعراض اما ان تظهر فجأة او ببطء
 تدريجا على حسب السبب الباعث لها فاذا كان السبب هو تأثير البرد او الحرق
 او القرمزية او داء برت فان الاعراض قد تظهر فجأة وتسير بسرعة مشددة
 بحيث ان الاسف فكريا تحصل في مسافة بعض ساعات اما اذا كان السبب
 آفة مزمنة في الحجرة كالدرن والزهرى فان ظهور الاعراض وسيرها يكون
 بطيئا

وأهم الاعراض هنا هو اضطراب التنفس فيحصل المرض بحجم غريب في الحلق

يخنقه ويفعل مجهودات تنفسية قوية لأجل التخلص منه ويصير الشهيق صغيراً متعذراً وأما الزفير فيكون أسهل نوعاً وقد يصحبه صوت شبيه بصوت البوق وقد فسر ذلك (سيستيه) بأن الشنيات الترجيحية الزمارة تغلق من ضغط هواء الشهيق عليها وتتأخر وقت الزفير على هيئة صمام ومتى اشتد عسر التنفس تضاعف بحصول نوب اختناق تشيخي خطيرة لوجب احتقان الوجه وبروز العينين وحصول عرق غزير ويفتح للريض فيه ويوسع فتحات أفه لأجل جذب الهواء ويمسك بيديه أجساماً صلبة يرأسها عليها لأجل فعل مجهود تنفسي قوي تشترك فيه عضلات التنفس الثانوية بدون جدوى وتستمر النوبة من نحو عشر دقائق الخمسة عشر

وإذا كان الانتهاء رديئاً تقارب النوب وتشتد حتى يصل إلى درجة الهلاك ويتغير صوت الرئتين بحجة أو ينطفئ بدرجة لا تساوي درجة انطفائه في الكروبي وكذلك السعال يصير أبح ثم أصم وليس إلا زرداً ويصير مؤلماً بسبب أوزع لسان الزمار

ويمكن مشاهدة أوزعها المجرة بواسطة المنظار المجري ولكن استعماله هنا صعب وفيه مخاطرة فيكفي فيه بالبحث بالأصبع أو بخفض اللسان بقوة لأجل مشاهدة الأوزع بالعين إن كان مجلسها لسان الزمار والشنيات الترجيحية الزمارة

(التشخيص) رعا يشبه التهاب المجري الأوزع وأى بيوليوس المجرة والكروبي والالتهاب المجري التشيخي وخرجات البلعوم لتشابه اضطراب التنفس والتهوية فيها ويمكن تمييزها بالعلامات الخاصة بكل منها

فبيوليوس المجرة يمكن استكشافه بالمنظار المجري ويتميز الكروبي بوجود الذبجة اللقمية الدخيرية والأغشية الكاذبة في المجرة وخروج بعضها مع البصق وانتفاخ الغدة تحت الفك وبأوصاف التنفس والصوت والسعال التي سبق

شرحها ويتميز الكروي الكاذب بظهور اعراض الاختناق فيه بالليل فآه وتتلطف
الاعراض صبا، ويتميز للزجاج البلعوى بمعاينته بالعين خلف الحجرة بعد خفض
اللسان بقوة او بواسطة الأصبع

(المعالجة) اذا كانت الاوزنهما متعلقة بالتهاب حنجري شديد يلزم الابتداء
بارسال العلق في القسم فوق العظم اللامي واذا كانت الاوزنهما عضلية متعلقة
بذام (بريت) مثلاً فلا وجل تصريفها والتخفيفها يمكن اعطائها مسهل شديد مثل منقوع
السنامكي ١٠ جم ويضاف اليه ٥ جم من سلفات الصودا يؤخذ ملعقة
كل ساعتين او يعطى له منقوع الحنظل ٢ جم في ١٨٠ جم من الماء ويضاف اليه
٥ جم من شراب السنامكي ثم يؤخذ منه ملعقة كل ساعتين وما كثر
يوصى بعد ذلك باعطاء مقدار كبير من برومور البوتاسيوم ومص قطع صغيرة
من الجليد وترسو يوصى باستعمال محلول الشب او التين رزا او ينفخ في
الفاق مسحوقا او يستعمل محلول حمض الزنيك رزا والبعض يوصى بتشريب
الحوية الاوزنهماوية تشريفا متعددا فيسيل منها بعض السائل فتهبط فان لم
يسترجح المريض بعدها وكانت الاسفكسيا متقدمة يلزم الاسراع في إجراء
عملية القطع الحنجري خوفا من حصول نوبة اختناق قوية مهلكة
واما الاوزنهما المتعلقة بالتهاب زهري فحتاج الى اللطيفة النوعية حسبما
سنذكره قريبا

(ملاحظة) ساقى الالتهاب الحنجري حول العضار ريف)

هذا الالتهاب يهيب غضاريف الحجرة ويوقعها في الشكرو زويتعظم الغضروف
في الغائب او يتكلس قبل تنكره

(الاسباب والتشريح المرضي) من النادر حصول هذا الالتهاب ذاتيا
عقب تأثير البرد او سبب جرحي وهو كثير الحصول في سن الكهولة وعند
الرجل اكثر من المرأة وهذا المرض يكون في العادة تابعا لامراض اخرى

كفخرج النشا المخاطي الزهري والدرقي وفي سير المي التيفودية عقب ضغط
 العضروف الحلقى على العمود الفقري (دينريش) ومهما كان السبب ففي
 حصل الالتهاب فإنه يصيب العضروف الحلقى والترجهايين غالباً ولا يصيب
 العضروف الدرقي إلا نادراً ويعقبه احتقان وانتفاخ في السحاق ثم يتعظم
 العضروف في النقطة المصابة ثم يتنكز ويتكون خراج يفتح في الحفرة أو
 البلعوم أو فيهما معا أو على سطح الجلد ويخرج العضروف المتكزز مع القيح
 وقد شوهد سقوط جزء عظيم من العضروف الحلقى وحده أو مصحوبا بالحد
 العضروفين الترجهايين أو هما معا وقد يعقب خروج الغضاريف المتكززة
 التام للجراج والشفاء التام أو تهبط الحفرة على نفسها ويحصل الاختناق
 (الاعراض والامتهاب) تختلف الاعراض باختلاف مجلس الالتهاب وليس
 في الابتداء معرفة حقيقية المرض فيشتكى المريض بألم في الحفرة مع سجة أو
 انغلاق في الصوت وقد يشتكى بعسر في الازدراد وسعال مؤلم وعسر
 في التنفس ربما يصل إلى درجة الاختناق ومتى انفتح الجراج تخف الاعراض
 نوعا وتارة تحتن العقد تحت الفك وتارة يسيل القيح في الشعب فيتسبب
 عنه حصول التهاب رئوي عن ربما ينتهي بالاعتقارية وبهلاك المريض
 بسرعة

والتهاب سحاق العضروف الدرقي يبتدى من الظاهر أو الباطن ففي الحالة
 الأولى يشتكى المريض بألم في النقطة المصابة وتنتفخ ويصير الجلد أوزميا
 ثم يظهر التورج والجراج وفي الحالة الثانية يستقر النشا المخاطي من جذاء
 الالتهاب ويبرز على هيئة ورم وقد يصاب سحاق السطح الظاهر
 والباطن من العضروف الدرقي في آن واحد ومتى تكون الجراج والقيح يعقبه
 فأسورتام في العضروف

والتهاب الغضروف الحلقى يكون عادة في جزئه الخلفي فيشتكى المريض بعسر

الازدراء وتنشل العضلات الترجهالية ويعقبه ثبات الاحبال الصوتية
مقاربة وصعوبة في التنفس وفي هذه الحالة يمكن بقاء الصوت محفوظا
وقد يكون سير المرض هنا سريعا وربما ينتهي بالوفاة في مسافة اسبوع
عقب انقجار الخراج في الحفرة (سيمسون)

والتهاب الغضاريف الترجهالية يتسبب عنه انتفاخ يمكن معاينته بالمرآة المحفزة
ويحصل اضطراب في حركة الاحبال الصوتية تعقبه بحة الصوت وانطفاؤه
مالم يحل محل الغضروف منسوج ليفي يثبت الاحبال الصوتية فيتيسر
اعتزازها وبقاء الصوت

(التشخيص والانداز) يسهل التشخيص باعتبار تاريخ المرض وسوابقه
وسير الآفات المرضية التي يمكن تتبعها بالمشاهدات اليومية بالمرآة المحفزة
والانداز في الغالب ردي سيما اذا كان ابتداء الالتهاب بالسمحاق العظمي
بدون سبق تقرحات

(المعالجة) بعلاج الالتهاب بمضاداته القوية فبرسل العلق على
العنق وتوضع عليه مثانة مملوءة بالجليد ومتى تكون الخراج في باطن الحفرة
او ظاهرها يسرع في فتحه ونمس بفتحات الفضة لاجل سرعة الشفاء (ستوك)
واذا وصل عسر التنفس الى درجة الاسفكسيا تلزم المبادرة باجراء القطع
الحجزي

(سابعاً في الالتهاب الحنجري الدرني والسل الحنجري)

المراد بالالتهاب الدرني الالتهاب الدرني يظهر بطيئاً في البداية او
الارتشاحات الدرنية في الغشاء المخاطي للحنجرة ومتى تقرح الغشاء المخاطي ولصبت
الغضاريف وانتهكت الاربطة يقال لهذا المرض السل الحنجري وكان القدماء
يطلقون اسم السل الحنجري على جميع الآفات التي تنهك الحفرة سواء كانت
بسبب الزهري او السقاوة او الحمى التيفودية مثلاً (تروسو بللوك) ولكن

الآن علموا عن ذلك

(التشريح الرضوي) يبتدئ تدوين النغمة اما على هيئة حبوب سخاوية دقيقة
لا تكاد تشاهد مجرد النظر تظهر على سطح الغشاء المخاطي اوفى سمكة او على هيئة
ارتشاح درقي وهو الغالب في سمك الغشاء المخاطي ويكسبه هيئة اوزن معاوية
صلبة اى متوترة او هيئة ضخامة لحمية شبيهة بالالتهاب الغضري المزمن
ولما ان يستولى الارتشاح اللدني على الغدد ويسيرها ضخمة بارزة او يحصل
الارتشاح اللدني حول الاوعية فيحيط بها على هيئة غدد ويشق الاجزاء
المرتشحة يرى انها اما ان تكون في حالة اسكلوروزية متينة او في حالة سماكة
جينية او دهنية شبيهة بالوليس ومجلس الارتشاح اللدني يكون غالباً
في الشياخات الجبلية الزمادية تكسبها هيئة الكثرى ويصير لسان الزمار
ناعم (الكثرى) والاحبال الصوتية الكاذبة تتقدم وتغطي الاحبال
الصوتية الصادقة وتضيق بطنين مرجاني او تبرز حتى ان (ستورك)
قال ان بروزها علامة خاصة بالتدرب لانها لا تشاهد في حصول الاورام
ولا البوليبس واما الاحبال الصوتية نفسها فاقتراباً بالتدرب الاندرا
واذا تدربت تنبت تنبلاً وتسد (غيبس) ومتى حصل التقرح يبتدئ
الاعمال سطح الغشاء المخاطي اوفى سمكة فيحتن وتنكش فيه الكرات
التي تسمى بالكرات يبتدئ بالغدد المرشحة التي تستعمل في الحالة
الطبيعية ثم تنبت وتنبت ريفاً ابتداء التقرح غالباً في محل اتصال الاحبال
الصوتية بالترجيمايين ثم في الاحبال الصوتية الصادقة والكاذبة
رغم ان ريفها اقل من ريفها البنية واما الزمار وبامتداد التغيرات ويتغير
... ما يسمى به ... من ... وحوافها ... باللدني
... رادنية مختلفة الحجم وذات الريا ... و
... وتتميز بالاحبال الصوتية ولهذا ان الزمار ...

الملقى والترحاليين وتوقفها في النكروز ويكثر التقيح ويختل الصديد بين الأجزاء
الرخوة والياف العضلات فتحصل أوزعما الحفرة أو تضيقها الجلد وخرجات ونواير
متنوعة

ويصحب تدرن الحفرة غالباً تدرن في القصبه والبلعوم والمرى أيضاً وبالبحث
عن الانسيبة المدابة بالتدرن يمكن استكشاف باسيل الدرن فيها ويكون بمقلد
وأم عادةً ويلزم الاحتراز ابتداءً بتنظيف الأجزاء من المادة المخاطية الواردة من
الرئة للتأكد من عدم ورود الباسيل من الرئة

(الأسباب) التدرن لا يظهر في الحفرة ابتداءً إلا في أحوال استثنائية وهو
في العادة يعقب الدرن الرئوي (هيش) ويصيب القصبه وأن واحد وذلك بسبب
مرور البصاق المحتل بالباسيل الدرنى وثبات بعض الباسيل على الغشا المخاطي للقصبه
للحفرة وتكاثره فيما بعد وهذا المرض كجميع الأمراض الدرنية أكثر حصوله عند الرجال
وفى سن الشبابية واشد لهوائه نظراً لما يشاهد فى سن الكهولة بين ٤٥ و ٥٥ سنة
ولا يشاهد الدرن الحفرى عند الأطفال إلا نادراً

(الأعراض) إذا كان الشخص مصاباً بالدرن الحفرى الرئوى فى الغشا المخاطى
للمرئيين الترحاليين ربما يستمر مدة بدون تغير واضح فى صوته وتنفسه ومتى
تقدم الارتشاح إلى الأحوال الصوتية تبدى بحة الصوت بالتدريج بغير ألم ولا تحس
فى التنفس وبالبحث حينئذ بالمرآة الحفرية يثبت بعد أن الغشا المخاطى للحفرة والبلعوم
والمحاق باهت جداً ويصعبه احتقان وانتفاخ خفيف فى الغشا المخاطى بين الترحاليين
والشبات الترحالية المزمارية والأحوال الصوتية وإذا تقدم المرض تزداد بحة الصوت
ويزيد انتفاخه وتظهر الآلام الشديدة فى الحفرة ويزداد احتقان الغشا المخاطى
واسفاهه ويمكن مشاهدة ذلك بالمرآة الحفرية

ولتفرجات السطحية ليست خاصة بتدرن الحفرة ويمكن وجودها فى جميع الأنتهيات
للمجرى كما يمكن متى امتدت وانتهكت الأجزاء الرخوة تشدد الأغشاش أيضاً فيصير السعال

بالحاوي كسبها ووصاف التكرم ولذا سماه (تروسو وبيلوك) بالسعال التكرمي
 ويفقد الصوت ويصير الكلام مؤلما وكذلك الازدراد يوجب التلم الشديد
 للربض فيمتنع عن الأكل والشرب ويجنب ازدراد لعبه فيسيل خارج الضم
 ويعقب ذلك نهوكة شديدة وحالة يأس وانحطاط شديد وكثيرا ما يمتد التلم
 الى الأذن المسامنة ومتى زاد الارتشاح الدرني وظهرت الأوزنما او
 الضخامة والتورلات الجديدة في الغشاء المخاطي تحصل صعوبة في التنفس ويصحبها
 صوت شخيرى ولكن لا تصعب حينئذ نوب الاختناق التنجسية التي تشاهد في
 التهابات الحنجرة الأخرى وبالبحث بالمنظار للحنجرة يمكن مشاهدة الآفات
 المذكورة

ويختلف سير التدرن الحنجري فقد يقف المرض في درجته الأولى التي هي حالة التعيينات
 دخنية أو ارتشاح سواء كان مصحوبا بتقرحات سطحية أولا بلوقا تشاهد
 التحسين في الأعراض وتنام الشفا (هنس * سمسون) وفي أحوال أخرى
 يكتسب سير المرض سرعة قوية لا سيما إذا كان درن الرئة متقدما فيقع الربض
 في النهوكة وحى الذق ويهلك عاجلا

وعلى العموم تشتد الأعراض إذا كان الغشاء المخاطي الحنجري ملتبها فاستساع كبير
 أو كان التهابا شديدا وأما إذا وجدت تقرحات صغيرة منفردة غير مصحوبة
 بالتهاب فانها كثيرا ما تكون كامنة وغير مصحوبة بأعراض واضحة ولا يصحب تدرن
 الحنجرة انتفاخ العقد اللمفاوية للعنق أو يكون خفيفا جدا

(التشخيص) إذا بحث بالمرآة الحنجرية عن الحنجرة عند شخص مصاب
 بالتدرن الرئوى وكان اجم الصوت بدون اصابة موضعية في الحنجرة يرى أن
 الغشاء المخاطي باهت أنماوى

ومتى كانت التقرحات نادرة وسطحية في ابتداء التهاب الدرني وكان الصوت
 والسعال بجهين فلا يمكن تمييزه عن التهابات الأخرى إلا بوجود الالتهاب

في البصاق او البول الخائبة التي تؤخذ من فوق سطح القش الحماضي بواسطة فرشاة
وانما اذا كان الالتهاب الحنجري مصحوبا بدرن رئوي فلا يمكن للمالك باليقين ان يعرف
حصول التهاب حنجري بسيط عند المصاب بالسسل الرئوي ووجود الباسيل حينئذ
على سطح الحنجرة عارضي وارد من الرئة

ومتى تقدم الدرن الحنجري وامتدت تقرحاته يلزم تمييزه عن التقرحات الزهرية
والسرطانية اما التقرحات الزهرية فستذكر اوصافها قريبا واما سرطان الحنجرة
وخصوصا السرطان البشري فيتميز بكونه في الابتداء يكون غير مؤلم وسيره بطيء جدا
ورعما استغاثت ملته الى سنتين او ثلاث سنين (كمهاسب) وقد تحصر اعراضه
في اضطراب الصوت فقط مدة بعض اشهر بدون تغير ظاهر في عموم الصحة ولا
في الشهية وبدون نحافة واتقاع عقدي ولكن متى تقدم المرض وظهرت تقرحاته
تكون عادة محدودة في جهة واحدة من الحنجرة وتكون مصحوبة بورم واضح وعلى
سطحها بروزات من اورار لحمية سهلة الالام اشبهة بالقربية لا تشبه التقرحات
الدنية ولا الزهرية وتصحبها تناتة مخصوصة في النفس لا توجد في الدرن ولا
في الزهرى هذا وان لم يوجد عند الشخص درن رئوي ولا آفات زهرية اخرى لا تسهل
التشخيص فليستعان على تحقيقه بالبحث الميكروسكوبي

(الانتذار) الالتهاب الدرني للحنجرة مرض عضال عادة ولكن شوهه شفاؤه
وأحواله استثنائية (هنس وسيمسون) وفي الغالب ينتهي بالهلاك في مدة ستة
اشهر الى سنتين ونصف وتتعلق سرعة خطره بدرجة الدرن الرئوي المصاحب
له فاذا كان الدرن الرئوي مزمنًا بطيئًا يمكن استمرار الدرن الحنجري مدة
سنتين

(العلاج) لا يوجد علاج خاص لدرن الحنجرة وانما يجتهد الطبيب في معالجة
الامراض وتلطيفها بقدر الامكان فيمنع المريض من التكلم بصوت عال بل يتكلم
بصوت خفي جدا ويمكن استعمال محلول فوق كلورول الحديد في مساجيل لطيف

الم الحجرة عند الازدحام والسعال او يستعمل محلول الكوكايين بجم مسا قبل تعاظم
 الاغذية بربع ساعة وايضا يمكن استحلاب اقرص الكوكايين او استعمال
 مسحوق المورفين النشوي (ا جم من المورفين على ١٠ جم نشا) فحافى الحجرة
 قبل تعاظم الطعام بخوصف ساعة (ماكزى) ولاجل النفع تؤخذ أنبوبة مرنة
 طرفها الداخلي منحن قليلا فيوضع فيه المسحوق وتقرّب الى فتحة الحجرة ويوضع
 الطرف الثاني في فم الطبيب كي ينفخ المسحوق عند فعل المريض حركة شهيق تجذب
 المسحوق الى داخل الحجرة ويمكن استعمال المياه المعدنية الكبريتية رذا لاجل
 تنويع الانتهاب والاحسن من ذلك استعمال حمض البنيك مسّا لاجل كي التفرحات
 ويبتداء باستعمال محلول خفيف فيه العشر من الحمض ثم محلول فيه الخمس ثم يستعمل
 الحمض نقيا (كراوس) وبعضهم يستبدل حمض البنيك بنترات الفضة واليودفور
 او اليودول (لينكولين) او برومورا الامونيوم (جيرهار)

(ثماني في التهاب الحنجرة الزهري اى زهري الحجرة)

الآفات الزهرية للحجرة مهمة جدا لكثرة حصولها وهي في الأهمية تأتي بعد الزهري
 الجلدي واللقى (لويين) وسواء كان الزهري وراثيا او مكتسبا فيمكن ان يصيب
 الحجرة في جميع اجزائها

والآفات السطحية تنسب للزهري الثانوي عادة والغائرة تنسب للتلاوث
 وهذه القاعدة ليست مطردة لان الآفات السطحية قد تظهر في الزهري
 القديم ايضا

(الاسباب) تظهر الاصابات الزهرية للحجرة عادة عقب المهيئات المضعفة
 عند الافراط في استعمال الصوت وكذا عقب تأثير البرد وكذلك يكثر حصولها في
 الشتاء ومن العشرين الى الاربعين اكثر عرضة لها وقد تشاهد عند الاطفال
 والشيوخ

(التشريح المرضي) نزرع الابتلاء اى القرحة الزهرية لا تشاهد في

الحجرة

الحجرة ابدا واما الزهرى الثانى فيصغر في الليزما والتلات والتلات واللغ المخاطية
وتظهر هذه الآفات بعد العدوى ببعض اسابيع وتسبب عنها اضطراب
الصوت ولا تعجبها الاوزما ولا يحمر التنفس ولا تألم في الازداد الاف
احوال استثنائية ولما لايرتقا فتعرف بلون الاحمرار المستوى ولا تعجبها
افرازات وهى تظهر ايضا بعد العدوى ببعض اسابيع وتوجب بحجة الصوت
وتصرف بعد معنى بعض اسابيع او تستحيل الى نزلة حشرية بسيطة مصحوبة
بافرازات مخاطية او قيحية او تضاعف تسليخات اى تقرحات سطحية مستديرة
او بيضاوية او خطية مستديرة قاعها مبيض وحافتها محاطة بهالة حمرة
وفي العادة لا يعجبها ارتشاح ولا اوزما ومجلسها عادة في حافة الاحبال
الصوتية او في الثنيات التريخالية الزمرارية واما اللغ المخاطية فتظهر غالبا
على الوجه الخلفى للحجرة والاحبال الصوتية ولسان الزمار (سيمسون) ولا يكون
لونا مصفرا والغشا المخاطى حولها الملل الاحمر او تقرحها نادر (ماكرز)
وعن مشاهدة هذه الآفات بواسطة المرأة الحشرية
واما الزهرى الثلاثى فتصغر آفاته في الاورام الصمغية والتقرحات الفاترة
والاوزما وضخامة الغشا المخاطى والتولدات اللحمية واثرا لانحام الشوهة
للحجرة الى غير ذلك

واما الزهرى الوراثى فانه يصيب للحجرة غالباً عند الاطفال حديثي الولادة
(ماكرز) وآفاته اما ان تكون سطحية او غائرة وربما تبدى في الظهور
من حين الولادة الى سن البلوغ والاورام الصمغية تبدى بالغشا المخاطى
او بالنسج الخاوى تحته على هيئة اورلم صغيرة في حجم رأس الدبوس الح
حجم البسلة او البندقة ويكون لونها لون الغشا المخاطى او كابية عنه
قليلاً وتكون متفرقة او مجمعة ويصير الغشا المخاطى بجوارها اوزما ديا
ويكون مجلسها في الغالب على لسان الزمار والوجه الخلفى للحجرة والاحبال

الصوتية الكاذبة وتنتهي بالقرح وفي احوال اخرى لا تكسب التولدات
الصمغية هيئة الاورام بل ترشح في النسيج اللين تحت الغشاء المخاطي على
هيئة لطف او اشرطة غير منتظمة واذا انقرحت قصير التفرحات ثعبانية
والقرحات الزهرية تكون مستديرة غالبا ويكون قاعها مصفرا وحوافها
مقطوعة قطعاً عامودية ومحاطة بهالة التهابية (تورك) ومتى امتدت
القرحات وغارت تتلف الانسجة في سيرها ومتى وصلت الى الغضاريف
تصيبها عوارض الالتهاب الغائر كالفراغات والنيكروز والانكيلوز وقد
يصعبها ارتشاح اوزعماوى وقد يتسبب عنها زيف حجري مفرط ويعقب
الحمام اثر الخمام غير منتظمة تحدث تشوهات حجرية لواتحام لسان الزمار
في اوضاع مختلفة معينة توجب ضيق قطر الحنجرة ويصحب تلك الآفات اختفا
في العقد المتقاوية للحنجرة وتلاويز في العضلات او شللها عقب إصابة العصب
الراجع من تأثير العقد المتقاوية المجاورة له عليه

(الاعراض) الآفات الزهرية تحدث في الصوت اضطراباً ملحوظاً
واما السعال والألم فانهما نادرا جدا وقد تصل درجة الصوت الى درجة
الانقطاع التام وتسقر وتنف وتحدثها ثم تشتد من تأثير البرد حتى
يكاد يقطع انهما متعلقة بدرجة حجرية نزلية بسيطة

واما عسر التنفس فكثير المصوب وقد يصل الى درجة الاختناق والا سفاكسيا
وينسب اما للآفات الانتهابية والارتشاح الاوزعماوى الناشئ عنها
او للتشنج او الشلل العضلي ولا اثر الا لحمام الشدة للحنجرة
وتتميز القرحات الحنجرية الزهرية بكونها غير مصحوبة بالآلام موضعية
ما لم يكن مجلسها الشئيات الترجمالبية الزمارية وحينئذ يحصل الألم عند
الازدرداد وكثير السعال لاجل اخراج افرازات القروح وقد يتسبب من
السعال زيف حجري مفرط وقد يصحبها ألم حاد في الاذن واما شئنة
النفس

النفس فهي أقل حصولاً منها في سرطان الخبيثة
 (التشخيص) من المهم تمييز الالتهاب الزهري للخنجرة من الالتهاب الدرنى
 فالنظر إلى الحالة العامة نجد المتدرن واقعاً في النخافة فاقداً للشهية
 وسعاله حنجري قصبي ويكون في العادة مصاباً بدرن رئوى ونفث دموى
 وأما المصاب بالزهري فصحته تكون في الظاهر جيدة وشهيته محفوظة
 وليس نحيفاً وسعاله نادر ويصعب التشخيص في الابتداء ومع ذلك فإن
 الآفات الدرنية تتميز في ابتدائها بهامة الغشا المخاطي ومجسها يكون غالباً
 في الوجه الخلفي للخنجرة

ولما التقرحات الزهرية فلا تصحبها هامة الغشا المخاطي وتكون في الغالب
 محدودة في جزء من الغشا المخاطي دون باقي الخنجرة بخلاف التقرحات
 الدرنية فإنها تكون في الغالب منتشرة مصحوبة بالتهاب حنجري حاد
 والتقرحات الدرنية لا يصحبها احتقان العقد اللقافية للعنق بخلاف التقرحات
 الزهرية فإنها تحدث بها انتفاخاً وحجم التقرحات الدرنية أقل اتساعاً من
 التقرحات الزهرية وباختلاط التقرحات الدرنية ببعضها يتسع سطحها
 جلاً وتغطي التقرحات الدرنية غالباً بتولدات فطرية لحمية وهذا نادر
 في التقرحات الزهرية والمعلبة الفرعية تحدث تحسناً في التقرحات
 الزهرية بسرعة بخلاف الدرنية وتشاهد أصابات العضاريف غالباً
 في التقرحات الدرنية (١٨ مرة على ١٠ مرة) وتندر في الزهرية وبأخذ
 قليل من الإفراز القرخي بواسطة فرشاة والبحث عنه بالميكروسكوب
 لا يشاهد بأسيل في التقرحات الزهرية

وما يساعد على التشخيص أيضاً البحث عن التقرحات الزهرية في الخلق
 وقاعدة اللسان فإنها كثيراً ما تسبق تقرحات الخنجرة ووجود أثر
 الالتحام يدل على الإصابة الزهرية لأن الالتحام نادر جداً في القروح

الدرنية والبحث بالمرآة الحجزية لا يترك المريض بالزهرى واماف
التقرحات الدرنية فلممكن لجراؤه الا بعد استعمال مزيج الحس
او المخدرات كالكوكاين والورفين

واما السرطان فيسهل تمييز قروحه من القروح الزهرية باوصافه المذكورة
عند الكلام على تشخيص الدرن ولاجل تأكيد التشخيص تستعمل المعالجة
النوعية التي يعقبها تحسين في الزهرى ولا تقيد في السرطان

(المعالجة) تنجح المعالجة النوعية عادة ويحصل الشفاء بسرعة
وتكون عامة وهي الأهم وتكون موضعية عرضية فالعامة تخص
في استعمال ذلك الزبق واعطاء سائل فأن سويق وشراب حجير

ويودور البروتاسيوم والموضعية في مس القروح بصبغة اليود البسيطة
او اليودورية ونفخ الزبق الخلو في الحجرة او مس قروحها بالجليسرين
اليود وورمي وفي استعمال الانايبب المخصوصة لاجل توسيع الحجرة
التي ضاقت من تأثير اثر الالتحام وقد يستغنى الحال عن القطع الحجزى
بالمبادرة في المعالجة بسرعة على وجه ما ذكر

ويلزم على المصوم التنبيه على المصابين بالزهرى بعدم اتعاب اصواتهم
وبعدم الافراط في شرب الدخان والمشروبات الروحية وفي عدم التبرع بالدم
لوقاية الحجرة من الإصابة

(البحث الثاني في الامراض العصبية للحجرة)

تظهر هذه الامراض في الشلل والتشنج
(اولا في شلل عضلات الحجرة)

قد يصيب الشلل عضلة واحدة او عدة عضلات وقد يصيب نصف الحجرة
ولا يصيب جميع عضلات الحجرة في آن واحد لاختلاف منشأ اعصابها
واهمها شلل عضلات التنفس وعضلات الجمود وعضلات التصويت

ولا تشل عضلات التنفس أى البعد والاحبال الصوتية وهى الحلقية الترجالية
لظنية هذا الشلل يعقب إصابة العصب الرابع فى جزئه الناشئ من الرئوى للعللة
وهو اما ان يصيب الجهتين معا او يصيب جهة واحدة فقط

المحصول شلل الجهتين فهو نادر (سيمسون) ويتسبب عنه عدم تباعد
الاحبال الصوتية عند الشهيق لان الهواء يضغط عليها حينئذ ويغلظها
كالصمام ويساعد على ذلك تسلط العضلات القريبة للاحبال الصوتية
ولا يتيسر دخول الهواء الا بمقدار قليل من المسافة الضيقة الموجودة بين
الفصوفين الترجهاليين واما الزفير فيسهل حصوله لان الهواء حينئذ
يدفع الاحبال الصوتية من اسفل الى اعلا ويبعدها عن بعضها ولا يتغير
الصوت فى هذا المرض الا بدرجة خفيفة واما الجهد فيكون طبيعيا ويستمر
التنفس متعسلا وغير تام ففصل الاسفكسيا التدريجية بدون نوب

اختناق

وبالبحث بالمرآة الخنزيرية نجد الاطحال الصوتية ثابتة فى محلها ولا تتباعد
وقت التنفس وهذا الذى يميز عسر التنفس هنا من عسر التنفس الناشئ من
ضيق الحجرة التنوهمية واما تمييز شلل عضلات التنفس عن تشنج الزمار
الذى يحدث ايضا تقارب الاحبال الصوتية والاسفكسيا فيسهل باعتبار
اوصاف الاسفكسيا فى كل منهما فان الاسفكسيا فى تشنج الزمار تحصل
بجأة وتصل الى درجة الاختناق بسرعة ويعود الاختناق على نوب واما
الاسفكسيا فى شلل عضلات التنفس فانها تحصل ببطء وتكون فى الابتداء
خفيفة وتشتد كلما ازمن المرض بدون ان تصحبها نوب

واما شلل العضلة الحلقية الترجهالية للظنية القاصر على جهة واحدة فان
اعراضه اقل شدة ولا تصل الاسفكسيا فيه الى درجة قريبة ويشاهد بالمرآة
ان عدم الحركة القاصر على الجبل الصوتى للجهة المشلولة

ثانياً شلل عضلات الجهد أى العضلات المقربة للأحبال الصوتية أى العضلات
التي تساعد على تكون الصوت وهى العضلات الحلقية الترجهالية الجانبية والترجالية
الترجالية وهذا الشلل أكثر حصولاً من السابق والسبب فيه إصابة العصب
الراجع والعصب الشوكى أو الضغط على العصب الراجع فمدة سيره فى الصدر يحو أو يؤثر بها
الأورطى أو نوروزوما الجذع الذراعى الدماغى والشريان تحت الترقوة (سيمسون) أو
الشريان السباتى (ماكترى) أو سرطان الحجاب المتوسط وأورامه أو سرطان المري
(براون) أو التهاب البلوروى لقمة الرئة (جيرارد) أو التهاب التامور وغير
ذلك ويعقب هذا الشلل انفتاح الزمار على الدوام فلا يمكن غلقه ولذلك يتم
التنفس بسهولة ولكن يكون الصوت مفقوداً وإذا كان الشلل مصيباً للجبهتين
معاً يكون الجهد غير ممكن والبحث بالمرأة الحخرية وقت التكلم يشاهدان الشلل
الصوتية ثابتة لا تهتز ولا تتقارب من بعضها كالعادة وحيث أن هذه الأمراض
يمكن حصولها أيضاً عقب انكسار العضلات الترجهالية فإنهم تميز الآتين
ولاحظ ذلك بيت عن اثنا عشر حالات التهابية التى حدثت الانكسار ودرعاً وجدت
اثنا عشر حالات أول الخراجات وإن لم توجد هذه الآثار يتعسر التشخيص ولا يمكن
بت الحكم (سيمسون)

ولما شلل العضلات المقربة للأحبال الصوتية القاصر على جهة واحدة من
الحخرية فإن أعراضه تكون أقل وضوحاً اعنى يمكن المريض فعل الجهد الحفيف
وتغير صوته بدرجة مختلطة ولكن لم يزل ممكناً والقبض على الحخرية بأصبعين
وقت التكلم يحس بان الاهتزاز الحخرى قاصر على الجهة السليمة (جيرارد) والبحث
بالمرأة الحخرية يرى ان الحبل الصوتى فى الجهة المشلولة يستقر ثابتاً ويحله لا يتقارب
من الحبل الثانى فمدة التكلم ولادة الجهد ومتأخر من الشلل يحصل غمور فى
الحبال الصوتية والاليف العضلية فترتجى ويحركها هو التنفس فى مسيره مدة
الشهيق والزفير

ثالثا شلل عضلات التصويت خاصة اى العضلات المؤثرة للأحبال الصوتية اى للحلقية الدرقية ولا يعقب هذا الشلل فقد الصوت بالكلية لسدودة عضلات التصويت الأخرى وانما تغتد فيه ونفتمته لا رغاء الأحبال الصوتية وبالبحث اسرأة الحنجرية يرى ان التوتر واهتزاز الأحبال الصوتية غير تام مدة التكلم ما للتنفس والجهود لا يحدثان فيها اذ في اضطراب

(الاسباب) شلل عضلات الحجرة يصيب الكهول أكثر من الاطفال وخصوصا الذكور منهم ويتعلق باسباب تصيب الأعصاب او العضلات والشلل العضلي شللان جدا واما الشلل المتعلق بالأعصاب فانه ينشأ من اصابات المراكز العصبية او الأعصاب اللاثرية وقد يكون ذاتيا فجميع الألياف التي تقييها الحنجرة المستطيل وقنطرة قارول كالاسكليروز والتزيف ونحوه والأورام التي تضغط على الأعصاب الحنجرية والامراض العصبية كالاستريا فيمكن ان يعقبها شلل الحجرة وقد يشاهد بصفة فعل منعكس في امراض اللوزتين وديان الأمعاء وامراض الرحم المخ او يصاحب التسمم بالرماس والافيون والبلاونا والخشيش والامراض العضة كالذئب والحمى التيفودية والجدري والحمايات الوبائية ونحو ذلك وقد يتعلق بالامراض الوضعية للحجرة كالالتهاب وجروح الحجرة وعملية القلع الحنجري وغير ذلك

واما الشلل الذاتي فيشاهد عتب الافراد في جهودات الصموت اذ يعقب تأثير البرد على الأعصاب الحنجرية فيحصل الشلل حينئذ كما يحصل في العصب الوجهي من تأثير البرد عليه وفي بعض الأحيان يحصل شلل وقى في الحنجرة وفقد الصوت عقب الانفعالات النفسانية الشديدة كالحوف والفرح (التشخيص) يسهل تشخيص انواع الشلل المذكور بواسطة النظر واللمس وتتميز عن اضطراب الصوت والتنفس المتعلق بالالتهابات الحنجرية المختلفة اوسرطاد الحجرة وبوليوسها ومتى بقيان ويعود الشلل يبحث عن سببه

ليعلم هل الشلل ذاتي ناشئ من تأثير البرد أو الإفراط في مجهود الصوت أو تآبى
 لأمراض الصدر كما نرى في الأورام للجهاز المتوسط التي تضغط على
 العصب الرابع العنبر ذلك

«الإنذار» شلل الحجرة لا يكون خطرا إلا إذا حدثت عنه إعاقة
 التنفس كشلل العضلات الحلقية الترجيالية الحلقية من الجهتين الذي قد يوجب
 عملية القطع الحنجري

«المعالجة» المعالجة الواقية منها عدم اتعاب الصوت وتجنب البرد
 والمعالجة الدوائية تنوع على حسب الأسباب التي أحدثت الشلل فقد يكفي
 الحصول الشفا قطع اللوزتين أو فرد الديان المعوية ومعالجة الرحم
 أو استعمال الاستريكنين حقنا تحت الجلد ضد الشلل الدقيري ويساعد
 فعلها بالكهربائية بواسطة الأليكترود الحنجري ويعالج الشلل الأقابعي سلفا
 الكينا أو بسائل قولير

والوسائل الموضعية منها اللسان محلول نترات الفضة أو النفع مسحق الشب
 والثنين وخلاوت الرصاص واليود وفورم التي تنوع الإتهاب الموضعي وتحدث
 تهيجا نافعا

ويعالج الشلل الاستيري بالمغسلة والمقويات العصبية
 وإذا خيف على المريض من الاستفسكسيا واختناق في شلل الحلقية الترجيالية
 الحلقية يمكن إجراء عملية القطع الحنجري وسيدلو دارله ذلك بوضع
 أنبوبة في فتحة الزمار وفي شلل العضلات الدرقية الترجيالية السانية العلوية
 يلزم تغذية المريض بالمجس الري

«تأنيب في تشخيص الزمار»

ويسمى أيضا بالربو الحنجري والربو التيمي وربو كوبي وميلاد
 وهو مرض يوصف باقتباس العضلات المقربة للأحبال الصوتية والتوترة

لها في آن واحد مع انقباض الجاهب الحار ايضا انقباضا تشنجيا يستمر من
بعض ثوان الى بعض دقائق ويمتد اختناق رعا يكون مميتا
(الاسباب) تشنج الزمار اما ان يكون ثانويا وذلك عقب تهيج العصب
الراجع اذا جاورته في مسيره بعضا لا ورم كما نرى في قوس الأورطي والأورلم
الدريية للعقد الشعبية الخ وقد يكون تهيج العصب الراجع لجهة واحدة لا تجعل
حصول تشنج الزمار في الجهتين كما انه يمكن تهيج العصب الرئوي المعدي في جهته
لاجل حصول سرعة حركات القلب واما ان يكون عرضيا لبعض امراض
الحنجرة كالالتهاب العنقالي كاذبوا لا وزعاوى واما ان يكون ذاتيا اي غير
متعلق بامراض اخرى وهو المقصود بالذات هنا وهو مرض عصبي نكروزي
يشاهد عادة عند الاطفال الصغرى السن بين ٤ اشهر و ١٨ شهرا
وقد يحصل في احوال استثنائية جدا قبل ذلك او بعده لغاية سن التسع سنين
وحصوله عند الكمل نادر جدا وحصوله عند الذكور من الاطفال اكثر منه عند
اناثهم وكان الاقدمون يظنون خلطاته متعلق بغضامة الغدة التيموسية
ويسمونه بالربو التيموسي ولا اصل لذلك وانما يحصل غالبا عند الاطفال
المنازيرية الراشدية (ستيفون) وعند الاطفال الضخمين العصبيين
الذين نومهم غير هاد وطباعهم شرسة ويمكن لحصوله عند الاطفال وجود سبب
متم خفيف كالغضامة والبرد والحمى للعدي والتسنين والانفعالات النفسانية
والصراخ ونحو ذلك
(الاعراض) قد اجاد في شرحها (تيسسون) حيث قال يضطرب
تنفس الطفل ابتدا فبقف برهة ثم تعقبها حركة شهيق قوية ويتكرر ذلك
في مسافات مختلفة وربما وقف التنفس مدة نومه فيستيقظ مفزوعا
برهة ويعود الى نومه ثانيا ولا ترى امله لذلك اهمية ولا خطرا ولكن
مع تكرر نوب انقطاع التنفس يأخذ في الشدة والخطر فتري الطفل وقت النوبة

مفروعا ويطرح رأسه الى الخلف ويتقوس ظهره ويتوتر الصدر والبطن
ويجتمع الصدر لا يسمع الخزيز الحويصلي وتضطرب ضربات القلب وتحول
المقالة الى اعلا وتنقلص الأطراف ويتقبض الابهام في الراحة وتنسبط باقي
الأصابع ويثبت المعصم وتنسبط الأطراف السفلى ويتحول القدم الى الانسية
وتنسبط أصابعه وتتباعد عن بعضها وهبت الوجه ابتلاء ثم يصير محتقنا
ارد وازيا ويتغطى الجسم بعرق بارد ولحميا نابتغوط الطفل ويتبول بدون
ارادته او تخرج الغازات بتصويت وبعد مضي بعض ثوان الى دقيقة او بالاكتر
الى دقيقتين يزول تشنج الزمار ويعود التنفس فتحصل حركة زفير قومية
لها صوت صغير او كصياح الديك وقد يتكرر التشنج المذكور مرات متوالية
يعبر عنها بالنوب وبعد انتهاء يعود الطفل الى نومه او الى اللعب الذي كان
يلعبه قبل حصولها وفي بعض الاحيان يموت الطفل حال النوبة وبغض
الجهة يشاهد احتقان مخي اورثوى او انفيزما رئوية وتكون الحفرة
اما محتقنة احتقانا خفيفا او خالية من التغيرات بالكلية

والنوب تكون نادرة في الابتداء فلا تحصل الا مرة او مرتين في الاسبوع
ثم تأتي في اليوم مرة ثم تتكرر في اليوم وقد تصل الى ١٠ مرة (هيران) اولها
٠٠ مرة في الاربعة والعشرين ساعة ولكن مع تكرار النوب تستمر صحة
الطفل جيدة في الفترات ولا تتغير الا اذا ازم من المرض فيضعف ويقع
في النعومة وقد تطول مدة المرض من بعض اسابيع الى عدة اشهر وتنتهي
غالبيا بالهلاك ولا يحصل الشفا الا في احوال استثنائية جددا

واما تشنج الزمار عند الكهل فانه لا يشابه عند الاطفال بسبب مقاومة الحفرة
عند الكهل واتساع الزمار بين الترجما اليين فلا يكون فيه الفتر الذي
يخشى منه عند الطفل وصوت الزفير في تشنج الزمار عند الكهل يكتسب
صوت صغير اوضح منه عند الطفل

(التشخيص) يلتبس تشنج الزمار بالالتهاب الحنجري التشنجي تشابه
نوبة الاختناق الليلية فيها ولكن الالتهاب الحنجري التشنجي يصيب الأطفال
بين السنتين والسته والتشنج الزماري يصيب الأطفال الحديث السن
بين ٤ أشهر و ٦ أشهر ويزيد على ذلك فلا عرض الالتهابية كحة
الصوت والسعال والزكام التي تعصب الكروبي الكاذب ليس لها
أثر في تشنج الزمار

وإذا اشتبه تشنج الزمار في نوبته الأولى بدخول جسم غريب في الفم
فلوجل التحقق من ذلك يكفى البحث بالأصبع في الحلق وإيضاً الضرب في النوبة
يوضح التشخيص

(الإنذار) إذا كان الانتهاء حميداً تقل النوب في العدد والمدة
بالتدريج وتنتهي في مسافة بعض أسابيع ولكن في الغالب يكون الانتهاء
بالمهلك وكلما كان سن الطفل حديثاً كلما ازداد الخطر وخصوصاً الذكور
منهم (ستيفون) والبعض يقول بالعكس (إشورست)

(المعالجة) يلزم تدارك حصول المرض عند الأطفال المستعدين له
كالعصبى المزاج أو قوى البنية الغنازيرية أو المصابين بالراشيتسم
فيقتى تغذيتهم ورياضتهم ولجنتاب البرد والتحم وتعطى لهم الادوية
لواقعة لحالتهم المرضية ويجب وضع الطفل مدة النوبة في حالة جلوس
أو قرف كما أنه يلزم وضعه على جنبه بعد النوبة في محلها وذي شبايك
يمكن فتحها لدخول الهواء البارد وتعالج النوبة برش الماء البارد على وجه
الطفل وتذغذغ اخمص القدم والغشاء المخاطي للأنف أو تقرب من أنفه
وحاجة فيها التوشادر أو روح اللؤلؤ لاجل تنبيه التنفس وتلك الأطراف
أو يغمس الجسم كله في حمام ساخن ويرش على وجهه الماء البارد
وفي الفترات يتدارك رجوع النوب بأعطاء مضاداً للتشنج كشراب

الكورال الايدرا في (١٠) نقطة و برومور البوتا سيوم (٢: ٥) قحط
 والخلثيت والواليريانا والأتروبيين والمسك ونحو ذلك
 وتعالج الاسباب المرضية بما يليق فيعطى مقيئا ضد التخم و ملين ضد الإمساك
 وتعالج الديدان المعديّة وزيت السمك ضد الاستعداد للتنازير والراشنتيكو
 وتدخل الرياضات في الشمس وتستعمل الحمامات المحمية او يرسل الطفل الى
 شواطئ البحار ويعتفى في تغذيته وتربيته

المبحث الثالث في ورم الحنجرة

تنقسم اورام الحنجرة الى حميدة وخبيثة واما الاورام
 الحميدة فاكثرها حصولها في الياف اللوما والقيروما اع
 البوليبوس اللينى والاكياس المخاطية واما الميكسوما والليبيوما والانجيوما
 فهي نادرة الحصول واسبابها عادة مجهولات الصوت والنوازات
 الحنجرية ولذلك نشاهد مثلها عند الرجال وبقل حصولها عند النساء
 والأطفال ومجلسها في الأحبال الصوتية ويصل حجمها من قدر حبة العدسة
 الى مقدار الفولة او البندقة ومتى كانت ذات عنق تحرك مدة التنفس
 ويتسبب عنها اضطراب في الصوت والتنفس وقد تحدث الاختناق خصوصاً
 عند التحرك والرقاد وقد يعقبها حينئذ الموت الفجائي بالاسفكسيا وبالمبحث
 عنها بالمرأة الحنجرية يشاهد مجلسها وحجمها ولونها ويكون الغشاء المخاطي
 بجوارها ملتهباً في الغالب ولا يرى في قاعدتها تولدان بشرية بل تكون
 متميزة عن الغشاء المخاطي بخطف فاصل واضح ووجود التولدات البشرية
 في القاعدة يعتبرها (ويرشوي) علامة على الاورام الخبيثة

ومعالجة هذه الاورام هي انما متى كانت كبيرة بحيث يعقبها اضطراب التنفس
 والتصويت تنحصر في استعمال العمليات الجراحية لاجل استئصالها او
 شقها اذا كانت كيسية وكى باطن الكيس بعد شقه واذا كان الوصول اليها

من الغم متعسرا يمكن شق الغضروف الدرق لاجل استكشافها واستئصالها
واما الاورام الخبيثة فتكون عادة سرطانية بشرية وتبتدى بالاحمال
الصوتية وتشاهد اكثر عند الذكور بين سن ٤٥ و٦٠ وليست نادرة
عند الشباب وقد يصل السرطان الى الحنجرة بالمجاورة من سرطان البلعوم
وقاعدة اللسان مثالا وتبتدى على صفة ارتشاح وسماك في الغشاء المخاطي
تسبب عنه بحمة الصوت وعسر التنفس وتسقر هذه الحالة بعض
اشهر اوسنين (كريزابر) ثم ينمو الورم ويزداد اضطراب الصوت
والتنفس ويصعب الم في الحنجرة في هذا الورم او في البلعوم
ويصل احيانا الى الاذن المصامتة بواسطة العصب الاذني (هاج)
ثم مق تقرح الورم يخرج مع البصاق سائل غزير يكثرى مدمم منق
او يحصل زيف خفيف او غزير وترشح الانسجة المجاورة فتصير لوزعوية
ثم تلهب الاجزاء الرخوة حول الغضاريف وتتكرز الغضاريف وتسقط
بعض السوائل والاجزاء اللينة في الفصبة وتصل الى الرئة فيحصل
التهاب رئوي بليوراوي صديدي ويزداد عسر التنفس وتصحبه
نوب اختناق تشنجية ويمكن مشاهدة الورم السرطاني بواسطة
المرآة الحنجرية بسهولة وسطحة الغير المنتظم الشبيه بالقرنبيط
المنقرح الذي يميزه عن الآفات الزهرية والدرنية كما توضح في تشخيص
الدرن الحجري (واما العقد اللقافية فانها في هذه الامراض الثلاثة سما
والمعلجة هنا عرضية واما المعالجة السفائية التي
تتضمن استئصال الورم فلم تنجح الا في احوال استثنائية واستعمال
الليزر بتمامها لا يؤمل فيه النجاح الا اذا حصل قبل الكاشيكسيا
السرطانية
(المبحث الرابع في سقوط الاجسام الغريبة بالحنجرة)

فصل الاجسام الغريبة الى الحجرة اما من الفم مدة التكم او السعال او
العطاس او الشاوب حالة كون الفم محتويا على بعض المواد فتجذب فجأة
الى داخل الحجرة وتصل الى المعدة عند القيء وعلى اطفال التغذون بالبرص الصناعي
ربما تسقط حلقة في الحجرة مدة نومهم وقد تسقط الاسنان الصناعية
مدة النوم في حجرة الذن لا يحصى من ذلك فليعلمها قبل الرقاد

ومتى دخل الحجرة جسم غريب تحصل اعراض حشرية مبهجة في الحال فيجس
الشخص باختناق فجائي ويحتمن وجهه ويزرق وتترغغ عيناه بالدموع
ويصير الشهيق مستطيلاً صغيراً ويتغطى الجسم بمرق بارد ويرفع
الشخص يديه الى حجراته مراراً لاجل الاجتهاد في ابعاد الجسم الغريب وهذه
النوبة قد تنتهي بالموت في مسافة بعض دقائق واما اذا انسدت الحجرة
بالكلية فان المريض يسقط كما نزلت عليه صاعقة او اغشى عليه وموت
في الحال وبشاهد ذلك مثلاً اذا حصل القيء ودخلت في الحجرة قطعة لحم
او شئ من بحيث تسدها سداتاً

واما اذا خرج الجسم الغريب بالمجهودات التنفسية فان المريض ينجو وفي هذه
الحالة اما ان يخرج الجسم الغريب بواسطة الفم وانه يصل الى الحلق ومنه
الى المعدة ثم يطرح مع البراز فاذا اعقبه تهيج في الحجرة وسعال دُخْب
وتدور في التنفس وتغير في الصوت يتخير الطبيب ولا يمكنه الحكم القطعي على
خروج الجسم الغريب او بقاءه ولكن هذه الاعراض تنحصر في سهولة ويمكن
مشاهدة هذه الحالة ايضا عند الاستيرين الذين يشكون بالالتهام الاحسا
بجسم غريب في الحجرة توهم او اعتقاد منهم انهم ابتلعوا ابرة او شئ من الحال
ان ذلك ليس له اساس

وفي بعض الاحيان يسقط الجسم الغريب من الحجرة في القصبة فتزول
اعراض الاختناق وتظهر اعراض اختناق احشوي سنعود اليها
قريباً

قربها
وفي بعض الاحيان يكون الجسم الغريب له زوايا فينشبك ومثلك في الحجرة قيعه
التهاب واورنهما وعسر في التنفس ويمكن مشاهدة الجسم الغريب حينئذ
بالمرآة المجهرية واستخرجه وان لم يتيسر خروجه من فتحة الزمار
تعمل له عملية جراحية

(الفصل الثاني في امراض القصبة الهوائية)

القصبة الهوائية والشعب الاصلية ليس لها آفات خصوصية لانها تشترك عادة
مع الامساكات المجهرية والشعبية وحيث ان الاعراض الاكلينيكية المهمة هي
الاعراض المجهرية او الصلدية صار الاكتفا بشرحها هنا
مع عند المناسبة نذكر ما يخص القصبة الهوائية منها فقط وانما الآفات
التي تؤثر على القصبة والشعب الاصلية مباشرة وتضيق قطرها
تلقبها اعراض خاصة يلزم التنبيه عليها هنا على الخصوص فنقول
(المبحث الاول في ضيق القصبة الهوائية والشعب الاصلية وانسدادها)
(الاسباب) الاسباب التي تؤثر على القصبة وشعبها وتوجب ضيقها
وانسدادها اما ان تصل اليها من الخارج كاورام الاعضاء المجاورة
او تبدي مجذرها رأسا او تصل اليها من الحجرة كالاجسام الغريبة
اما اورام الاعضاء المجاورة فانها تضغط على الانبوبة الهوائية
الرخوة فتقارب من بعضها بسهولة وتتسدمتي انثنت العنق من جهتها
لمستأكل الغضاريف المضغوطة وتنتقب الانبوبة الهوائية وبرز
الورم في تجويفها ويعيق التنفس او يمنعه بالكلية او ينخر الورم داخل
الانبوبة الهوائية ويعقب ذلك عوارض شتى
واهم الاورام المجاورة هي الغوتز واورام الحجاب المتوسط اما الغوتز
فانه يضغط على الحجرة اما من احد جوانبها ويدفعها الى الجانب الآخر

فتعرج القصة وترق وتنبع في الجهة المضمبوطة او يضغط عليها من
الجانبين معا فتبسط القصة وترق جذرها المقدمة الخلفية وربما
انسدت بالكلية تقريبا او صارت غصنا ريفها رخوة بحيث يكفى الخناء
الرأس الى الامام لا تسددها التام ولذلك يلقم المريض يجعل رأسه
دائما متجهة الى الخلف لاجل اعتدال القصة مدة المقلظة والنوم
ويخشى من حصول الاسفكسيا والموت المفاجئ اذا تحولت الرأس
الى الامام مدة النوم الثقيل او الانعواء مثلا

واما اورام الحجاب المتوسط على العموم كالانورزما والفرجات والأورام
الحبيثة والعقد الليفافية وتمدد الاوتار اليسرى للقلب ونحو
ذلك فانها تؤثر بالضغط على الطرف السفلى للقصة الهوائية
او على شعبها الاصلية معا او على انفرادها وسنذكر شرح هذه
الاورام في محلهما

واما آفات جذري الأنوبة الهوائية فهي تتعلق عادة بالزهرى والدند
الحجري والشعبي فيتسبب عنها ضيق القصة او الشعب الاصلية
او انسدادها او تشوهها وتكون اثر التمام او البحة معيبة فيها وقد
ذكرنا هذه الآفات ضمن امراض الحنجرة والشعب فلتراجع

واما الاجسام الغريبة كحب البسلة والفول والعظام والحصى
وقطع المعاملة التي تقع في القصة من الخارج والاسنان واللهاة
والبولكوس والأنوبة الخجرية التي تسقط في القصة عقب العمليات
الجراحية او قطع الغضاريف الخجرية المتكررة والاشياء الرخوة التي
تتخلف من امراض الحنجرة وتسقط في القصة فان بعضها قد يستمر متحركا
فيها مع هلول الشهيق والزفير بحيث يحس بحركته بوضع الاصبع على القصة
من الخارج ولكن اغلبها يثبت في نقطة من الشعب الاصلية واغلب
شباته

ثباته في الشعبة اليمنى اولا وحدها الكبيرة ودخول الاجسام الغريبة
في الشعبة اليمنى اكثر من اليسرى بنسب لاخفاف فتحة الشعبة اليسرى
عن محور قطر القصبة الى اليسار قليلا واستمرار اتجاه فتحة الشعبة
اليمنى في اتجاه قطر القصبة الهوائية وفي بعض الاحيان يترشح الجسم
الغريب بالسعال عن الشعبة اليمنى ثم يسقط في اليسرى ويحصل العكس
على التوالي

(الاعراض) مهمات نوع السبب الذي يسد القصبة فانه يتصف
بسر التنفس الذي يتميز بعدم فقد الصوت معه ويكون شهيقيا ولا
يصعب اغتشاف في الجسم الشراسيفي والاضلاع الكاذبة الا اذا اهل
الانسداد الى درجة كبيرة

ويصحب عسر التنفس القصبي صوت قرقعة وخرخشة تسمع احيانا على بعد
ويمكن سماعها من خلف القص وفي الاجزاء المختلفة من جدر الصدر بدرجة
قوية حتى انها تقطع على المزير المزير على الرئوي ولاجل سماعها بالدقة
يرضع المسماع على القصبة الهوائية الحادة في العنق ويصغي بها من هذه
الطريقة تمكن تعيين مجلسها ومتى تقدم عسر التنفس يتضاعف بنوب
اختناق قوية وسيانور شديد وبما يؤدي الى الوفاة وتعلق هذه
النوب احيانا بتشخيص لسان الزمار عقب ضغط العصب الرابع وفي
احوال اخرى لا يشيخ لسان الزمار مطلقا وتتسبب روب الاختناق
عن الاحتقان او الاورن الحادة التي تعقب جميع اغشيا المخاطية للقصبة
او تجمع المواد المخاطية في انحناء القصبة الباقية من القصبة او يحصل من تشيخ
عضلات القصبة نفسها (بريستون) ولا تجدى عملية القطع الجري ش
هنا نغنا

وقد يشتكى المريض بالأم وضيق في الصدر في حالة الالتهاب الحادة

وإنما على مخاطي أو ملون بالدم على حسب الأحوال
ثم إن انسداد قد يصيب شعبة واحدة وفي هذه الحالة تنوع الأرض
وتختلف على حسب انسدادها فإن كان تاما يفقد الخيزر الحويصلى
في الجهة المصابة وتنقص حركات الاضلاع والحجاب الحاجز فيها ويفقد
الامتزاز الصوتي وتستمر الزبانية وعما قليل يحصل هبوط الرئة في الجهة
المصابة فتزول الزبانية وتمشط جدر الصدر على نفسها وتضيق اصغر
بكثير من الجهة الثانية ولما اذا كان انسداد الشعبة غير تام فإنه يسمع
في حذاء فوجة الرئة اصوات شخير وصفير ودوى بين العامود الفقري
واللوح في الجهة المصابة او تسمع خراخر مخاطية وتحس اليد عند وضعها
على جدر الصدر باهتزاز واضح

وقد ظهر بالتجارب في الحيوانات أن انسداد الشعبة اذا كان تاما فجا شيا يوجد
هبوط الرئة المسامة والتغير في الرئة الثانية بدرجة ربما وصلت
الى تمزق حويصلاتها وحموت الحيوان فجأة ما لم يفتح يجرى في الصدفة
في الجهة المصابة فإنه في هذه الحالة يتأخر الموت وبناء عليه يمكن
اعتبار هذه النتيجة في المعالجة واتباعها عند الضرورة

ثم إن انسداد القصبة الهوائية يتسبب عنه كما ذكرنا التهاب موضعي
قد يصل الى درجة التقرح والانتقاب ويصعبه التهاب شعبي وتزداد في
الشعب والتهاب رئوي قد ينتهي بغرينة الرئة او خراجها او يصحبه
التهاب بليوراوى وانتقاب البليورا ومضاعفة باسكتاب صديدي
هو في خطر ويمكن مشاهدة هذه المضاعفات فيما اذا كان السبب
جسما غريبا ولم يحك الامدة قصيرة وانقذف الى الخارج بعد نهج
القصبة والشعبة ولكن الغالب حينئذ انصراف العوارض وخصوص
الشفا

وسير المرض ومدته وانتهائه يختلف باختلاف السبب والغالب ان تكون مدته طويلة وتستمر بعض اشهر او بعض سنين

(التشخيص) يستيقن الطبيب عن دخول الاجسام الغريبة في القصبة من سوايق الشخص وتعرفاته عادة ولكن الاطفال ومحتلوا العقل وامثالهم قد تدخل الاجسام الغريبة في حناجرهم بدون شعورهم او لا يعترفون عنها وقد يصل الجسم الغريب الى القصبة في حالة الانحماض غير المتعمد متى استيقظ بحس بعسر في التنفس ولا يمكنه ان يشاد الطبيب وفي هذه الاحوال يمكنه الوصول الى معرفة السبب بالبحث عن الاعراض او بالنظر المجري

ويشتبه عسر التنفس القصبي بعسر التنفس المجري بانه في الحالتين شبيهتي ولكن متى كان مجلسه القصبة فلا يصحبه فقد الصوت ومع ذلك فانه في بعض الاحوال يكون عسر التنفس المجري ايضا غير مصحوبا بفقد الصوت كما يشاهد ذلك في شلل العضلات المبعدة للاحبال الصوتية وفي احوال اخرى يكون عسر التنفس القصبي بالاكس مصحوبا بفقد الصوت او ضعفه جدا بسبب عدم كفاية مقدار هواء الزفير لاهتزاز الاحبال الصوتية وغير ذلك وايضا متى كانت الحجرة مصابة بالزهرى وامتدت الاصابة الى القصبة الهوائية فانه قد يحصل عسر التنفس في القصبة ويصحبه حينئذ فقد الصوت واذا اجريت عملية القطع المجري غلطا فانها لا تفيد بشئ واخيرا يصحب عسر التنفس القصبي الناشئ من ضغط انوريزما الاورطي غالباً اختناق مجري بسبب شلل العضلات التنفسية عقب ضغط العصب الراجع مع القصبة فيستنتج من ذلك ان عسر التنفس وحده سواء كان مصحوبا بفقد الصوت او لا لا يكفي في التشخيص فيلزم الاستعانة بعلامات

أخرى وقد أوصى (جيرارد) بالتأمل في حركات العجوة فانها لا تنخفض
زيادة عن ١ سنتيمتر في عصر التنفس القصبي وأما في عصر التنفس
للخفري فانها تنخفض زيادة على ذلك بكثير واتجاه الرأس ايضا يختلف
في المرضين فتجه الى الامام قليلا وتنخفض الذقن لاجل استرخاء القصبة
في عصر التنفس القصبي ولما في عصر التنفس الخفري فان الرأس تتجه
الى الخلف بقدر الامكان

وفي الاحوال التي لم يزل التشخيص فيها ممكنا يمكن استعمال المنظار الخفري
لجل البحث عن القصبة الهوائية بالطريقة التي اوصى بها (تورك)
وهي ان يجلس المريض بحيث يكون جذعه وعنقه في وضع عامودي
ما يمكن ويوجد رأسه الى الامام قليلا كي تقصر الخجرة والقصبة على
خط واحد ثم يجلس الطبيب امامه واسفل منه قليلا ويستنظر
ضوءا قويا يوجهه باستقامة لدخل الخجرة او من اسفل الى اعلا قليلا
ويوضع المرأة للخفريه على اللهاة من الامام قليلا بحيث يكون سطحها
مستويا امام فتحة المزمار وهذه الطريقة يمكن مشاهدة تجويف
القصبة الى غاية تشعبها واستكشاف الاجسام الغريبة والاورام
الموجودة فيها ورؤية نبضات الاورام الانوريزمية

ومن المهم في التشخيص التذكير بان اهم الاسباب التي يعصبها ضيق
القصبة وانسدادها هي الاصابات الزهرية والانوريزما الاورطى
واما انسداد الشعبة اليسرى فيرتبط غالبا اما بالانوريزما او بأورام
الحجاب المتوسط الاخرى وحصول الامراض الفجائية بعقب غالبا
دخول الاجسام الغريبة

(الملحكت) معالجة انسداد القصبة يتبع ١٠ الحجة الامراض
التي سببتها اذا كانت قابلة للعلاج كالنور والزهري مثلا وانما

كأما السبب دخول الاجسام الغريبة فيلزم اجراء عملية القطع الحجري واستخراجها
حالا وبعضهم يوصى باعطاء مقي أو تنكيس الشخص على رأسه لاجل سقوط الجسم
الغريب من فتحة الزمار ولكن ذلك لا يخلو من الخطر والاصوب تنكيس المريض
على رأسه بميد اجراء عملية القطع الحجري لاجل سقوط الجسم الغريب من الانبوبة
المعدنية او تقاربها منها وسهولة القبض عليه

الفصل الرابع في امراض الشعب

امراض الشعب اهمها التهاب الشعب وتمددتها والتزلة الزائدة والسعال
الديكي والربو ونبتدي بذكر بعض الاعراض العامة ثم نخرج كل آفة على حدة
على النسق المذكور فقولنا

اولا في الاعراض العامة للأمراض الشعبية

(السعال) يوجد السعال دائما في التهاب الشعب ويكون غالبا بصعاب وصوته
قوي ويكون متباعد عن بعضه تعا قبا على نوب سريعة او بطيئة وقد تحصل
نوبة سعال فجائية تنتهي بنفي تعبى وقد ينح السعال ويزداد عند
الاضطجاع وكذا عند استيقاظ المريض صباحا وذلك بسبب تجمع الافرازات
الشعبية مدة الليل او يحس المريض بتهييج في نقطة محدودة من القصبة يوجه
السعال او يحس بدغدغة غير محدودة لا يمكنه تعيين مجلسها باللدقة
وايا الصفاق فاو صافه تختلف جلا في الأمراض الشعبية والاصوب ذكره
مع التفصيلات

(عسر التنفس) يتعلق عسر التنفس بانسداد الشعب الصغيرة فيمنع وصول
الهواء الى الخلايا الشعبية ويتصف عسر التنفس هنا بان زفير لا شهيق
(ريخل) اي ان الشهيق فيه عادة سريع وسهل بخلاف الزفير فانه متعسر
ومستفيل واحيانا يتبعه الشهيق والزفير معا واما عسر الشهيق وحده
الذي سماه آفات الحجرة والقصبة فانه لا يوجد في التهاب الشعب

أبداً ويمكن تفسير صعوبة الزفير هنا بشلل الأنسجة العضلية للشعب
ومما عجز عسر التنفس الشعبي أيضاً سيما عند الأطفال هو أن الزفير
يتبعه الشهيق حالاً ويعقب الشهيق زمن الراحة وهذا بخلاف التنفس
الصغير فإن زمن الراحة فيه يعقبه الزفير دائماً

وقد يكسب عسر التنفس الشكل الجالوسي فيمضي المريض ليلة مستنداً على
الوسادات مثلاً ولكن ذلك يدل عادة على مضاعفة الآفة الشعبية بالانقباض
الرئوية أو بآفة في القلب

ومتى اشتد عسر التنفس يعقبه زرقة سيانوزية في الوجه والأيدي دعاً لنقل
في الوجه إلى درجة الاحتقان الشديد والبقع الوردية مع تمدد الأوردة
العنق وحصول النيف فيها عند انقباض البطن اليميني وظهور الأوردة الشعرية
السطحية على النعم وهذا الاحتقان الوريدي يعجز عسر التنفس الشعبي
من عسر التنفس في السبل الرئوي والكروبي وآفات القلب والكلا الذي
يصححها عادة بهامة واضحة

(الآلم) يشتكى المريض في الغالب بأحاساس مؤلم خلف القص أو يقرب
قمة الصدر من الجهتين ولكن ليس للألم نبات في الأمراض الشعبية
وقد يتسبب عن السعال الذي يأتي على نوب صعبة حصول تألم في عضلات
جدار الصدر أو في حذاء ارتباط الحجاب الحاجز في قاعدة الصدر أو
في القسم الشراسيفي ومما يزيد الأحساس هنا احتقان الكبد الذي
يعقب احاطة الدورة الوريدية

(العلامات المصيبة) صوت القرع لا يتنوع عادة في التهابات الشعبية
مالم تتضاعف بأمر من رئوية أو بليوراوية وأما بالسمع فإنه يستشعر
بتنور في الخريز الحويصلي أو بحس بضعف فيه أو يكون مفقوداً بالكلية فيما
إذا كانت الشعب الصغيرة مسددة بالافرازات الشعبية وفي هذه الحالة يمكن

اعادته متى كلف المريض بالسعال بقوة مرتين او ثلاث مرات
وقد يكون صوت التنفس الشعبي قويا قريبا من النقع الشعبي لكنه يتميز بكونه بصحب
الشهيق والزفير معا ويهم المصدر في افساح كبير من المجهود ومن المعلوم ان النقع الشعبي
يصحده ما لم يكن في حذاء القص او بين اللوحين فانه يصحبه لصحبة في صوت نقرع ولا يشاهد
في امراض الشعب نقرع شعبي حقيقى ونفس مع في التهابات الشعبية
الفاط جديدة فحصرها في معظم انواع المزاج فجميع المزاجات الحاطية الخمسة
في الشعب الغليظة اذ اكثر في المواد الحاطية وسرير فيها هو واشتد
وقد يستنصر بها المريض وتحسن بها اليد الموضوعات فوق الصدر وهذه الماخز تول
عند السعال اللين بل يسطو وتتلف في جهات الصدر على حسب جميع المواد الحاطية
في الفروع الشعبية رتد المزاج الحاطية في الشعب السخيرة
عقب امتدادها الى اعلى المزاج الحاطية في الشعب السخيرة وتكون ثابتة
في عملها مدة سادات ايام ثم تنال ولا يربطها الدم ان وصل سريرها فغالبها
يقال لها جافة او خشنة او انزوية او سقيمة او شديدة بكونها في الارض
الى غير ذلك وتسمى المزاج الحاطية المزاج في عموم الرئاسية في الصاعدة
ولذلك فاذا اقتصر على المزاج الحاطية من الصدر تترك على مزاجية درنية
ولا تكون المزاج الحاطية رنانة الا اذا انقضاء الامتداد الشعبي التما
رثو.

(التشخيص) العلامات الطبيعية وحدها لا تثبت وجود التهاب
الشعبي فيلزم تقويتها بفقد العلامات الدالة على وجود امراض اخرى
سيما الدرن الرئوي الحبيبي المنتشر فلا يكفي تشخيص التهاب الشعبي بل
يلزم معرفة ما اذا كان هو المرض الاصلى او هو فقط تابع لمرض آخر
كالخصة والحصى التيفودية والراشيتسم والدرن وافاق لقلب وده
برايت الخ

(التشريح المرضي) التهاب الغشاء المخاطي كالتهاب الجبل يصدر اقل وضوحا في
 البنية منه في مدة الحياة ويقل وضوحه في التهاب الشعب بسبب وجود
 الاليا في المرنة فيها انما اذا كان الالتهاب شديدا يمكن مشاهدة احمرار
 الغشاء المخاطي وانتفاخه ووجود الافرازات الصلبة القميحية في الشعب
 على هيئة سائل مصفر او مسمر او مخضر وانما اذا كان الالتهاب خفيفا قليل
 الوضوح والافرازات قليلة يمكن استكشافها بكشط حافة الرئة ثم
 عصرها نحو القطع فيبرز القيع من فتحات الشعب على هيئة نقط
 مصفرة

واما بالبحث الميكروسكوبي (تبع سو كوليف وهاميلتون) فانه يشاهد
 في ابتداء الالتهاب الشعبي انفصال الخلايا ذوات الاهداب بعضها على
 حالته الطبيعية والبعض مستحيل الى الحالة الشحمية ثم تتكون الكرات
 البيضاء في نسج الادمة وتوجب ارتشاحها وانتفاخها فتزول الشيايات
 المستطيلة الموجودة على سطحها طبيعة وتصير ملسة وتنفتح الغدد المخاطية
 وتتكاثر الخلايا البشرية فيها مع زيادة افراز المادة المخاطية القميحية ويظهر
 الافراز القميحي على سطح الغشاء المخاطي ايضا ويمتزج بالخلايا ذوات الاهداب
 والكرات البيضاء والخلايا البشرية والمادة المخاطية وبافصنام اللعاب اليها
 مع الفقاعات الهوائية حال خروجها من الفم يتكون الهباق

ومتى ازم الالتهاب الشعبي يصير الغشاء المخاطي املسا باهتا او مسمرا
 قليل النوعانية والياقه العضلية ضامرة او ضخمة والغضاريف تنكمش وتضيق
 وتنتهي بالزوال والغدد المخاطية تكون منتفخة وفتحتها متسعة وتكون
 ملتصقة ومنقرحة لكنهما تقسد اخيرا وتزول

البحث الاول في الالتهاب الشعبي

الالتهاب الشعبي مرض كثير الحصول ومجلسه الغشاء المخاطي للمسالك

الهوائية من ابتداء القصة الى غاية الشعب الدقيقة فاذا كان مقتصر على القصة وحدها يسمى بالتهاب القصة ولكنه لا ينحصر في القصة الهوائية الا في احوال استثنائية والعادة انه عائد الى الشعب ولذلك اطلقت لفظة الالتهاب الشعبي في الاكلينك على التهاب القصة والشعب معا والتهاب الشعب اما ان يكون نزليا حادا يزول في مسافة بعض ايام الى بعض اسابيع واما ان يكون مزمنًا يدوم عدة اشهر او سنوات او مدة حياة الشخص وفي النادر يكون جزئيا فاصلا على بعض الفروع الشعبية او على رئة واحدة وفي العادة يكون عاما للرئتين ويكون حينئذ قاصرا على الشعب الكبيرة او الشعب الشعرية ويقتضى دراسة هذه التفرع على حدة بما فبعد شرح الالتهاب الشعبي الترتلي للحاد البسيط والشعبي الشعري تتبع شرح الالتهاب الشعبي المزمن وتمدد الشعب ثم شرح الالتهاب الشعبي الليفي الغشائي الكاذب والالتهاب الشعبي الزهري

اولا في الالتهاب الشعبي الترتلي الحاد

(الاسباب) النزلة الشعبية الحادة اما ان تكون ذاتية او تابعة فالنزلة الذاتية تشاهد غالبا في الفصول الباردة الرطبة وفي بعض الاشخاص استعداد لها بحيث يصابون دائما في فصل الربيع او عند قدوم الشتاء واستنشاق الهواء البارد بمقرب تاثير اقل برد على جزء من الجسم وكذلك متى اشتدت الحرارة في فصل الصيف وكثر العرق يسهل حصول الالتهاب الشعبي بمقرب تاثير البرد الناشئ من تيار الهواء على الجسم المندى بالعرق وهو المشاهد غالبا في البلاد المعتدلة والحارة وفي مصر والهند والسنة مهيئة لاستعداد النزلات الشعبية لاسيما من اطفال كنية وشيوخ وفي الاطفال تشاهد النزلة الشعبية بالاكتر بعد سن الستة اشهر

الى الثلاث سنين وضعف البنية يجعل الشخص ايضا مستعدا لها سوا كانت
الضعف انما ويا او كاشيكسيا وكذا البنية الخنازيرية والراشتيكية
والديابيطس والقرصى والسكر المزمن وداء بریت والحیات الاجامية
والامراض للضعفة على العموم يهيئ للترلات الشعبية

ومن الاسباب القوية للترلات الشعبية استنشاق الابخرة والاثربة
المهيجة وبعض الادوية كيودوز البراسيوم وكذا المجهودات
التفسية كالصياح والغنا والنغم في الآلات الموسيقية وفي هذه
الاحوال يمتد الالتهاب غالبا من الحنجرة الى الشعب،

واما الالتهاب الشعبي التامبي فانه يعقب امراض الرئة والقلب غالبا
وقد تتبع التهاب البلعوم ويشاهد في سيرين بعض الاسراض المزمنة
العفنة كالحمية والقرص مزية والجدرى والحى التيمزودى والرائحة
ونحوها

(التشريح المرضي) توصف التزلة الشعبية للمادة باختلاف النشاء
المخاطي واحمراره وتمدد او عيته بدرجة مستوية او على هيئة تشجير
بقي وقد يعصبه انسكابا يكموزى نقطى وينتفخ الغشاء المخاطي
ويلين ويرتفع بنظم لتفاوى ويصير هشا سهل التمزق وسطحه يفقد
لمعانه ويصير كاهيا جافا في الامتلاء ثم يزداد افرازه ويكثر على سطحه
على هيئة سائل لزج او مخضر او صديدي

وحيث ان التزلة الشعبية البسيطة لا تحدث ثلوث فلا يمكن مشاهدة
هذه الآفات الا في وجود التزلة الشعبية بالصدفة عند من هناك فجاءة بسبب
اخر ولا يشاهد في الجنة حينئذ الانتفاخ الغشاء المخاطي وافرازاته واما
الاحتقان الشجرى فانه يزول غالبا في الجنة

والاعراض اذا كان الالتهاب خفيفا لا تصحبه سمر تقريبا او يحس المريض

بتكسر وصداً خفيف ولا تستشعر به غدة في الصدر خلف القص
ترجب السعال الذي يكون في الابتداء جافاً عنيفاً نوبياً والبصاق نادراً
مصلياً مسماً ثم يصير السعال رطباً سهلاً والبصاق ثخيناً صديلاً مخاطياً
وينتهي المرض بالشفاء في مسافة اسبوع تقريباً

وأما إذا كانت التربة شديدة فانه يسبقها تكسر عام وقشعريرة وحُمى تزداد
في المساء ويحصل صداع وتفقداً الشهية ويضعف الهضم ويتغطى اللسان
بطبقة مبيضة أو مصفرة ويحصل تهوع أو قيء وإسهال وقد تصل هذه
الأعراض عند الأطفال إلى درجة شديدة بحيث يتعذر للحكم هل ابتداء المرض
عندهم بالشعب أو بالجهاز الهضمي ولا عسر التنفس ويصير صغيرياً
والسعال صعباً جافاً في الابتداء ويتكرر نوبه يتهيج الألم في أرقباط
المضلات بين الأضلاع والحجاب الحاجز وربما عقبه قيء مخاطي أو غذائي
وربما حصل منه احتقان مخي أو رعاف ويشد السعال غالباً عند
اضطجاع المريض

ويشتكى المريض من ألم خلف القص ويطول القصبة وبالاضغط عليها
يقهر السعال ويقرع الصدر توجد الزاينة تامة وبالسَّمع توجد خرخر
صغيرة أو شخيرة في جهتي الصدر

وبعد مضي ٣ إلى ٥ أيام يترطب السعال (دور الطبع الأقدمين)
وتخف الحمى ويتكاثر البصاق ويصير مصفراً أو مخضراً ويسهل التنفس
وتظهر في السَّمع الخراخر الرطبة المخاطية والققاعية في الشعب الكبيرة
والخراخر الفرعية الرطبة في الشعب الصغيرة وليستمر التحسُّن حتى ينتهي
المرض بالشفاء في مدة ١٠ إلى ١٥ يوماً وأحياناً يسبق الشفا حركة
بمران تنصف بزيادة البول ورسوبه أو إسهال خفيف

وفي بعض الأحيان يزداد الإفراز الشعبي بأفراط فيملأ المسالك الهوائية

ويكثر الخراخر المخاطية ويضعف الخيزر الحويصلى واذا لم يتيسر للرئص
تسليكه الشعب وتلطيفها تحصل اصابة في التنفس فيصير ضعيفا سطحيا
وتخط قوى الرئص ويضعف اذراكه وتبتدى ظواهر الاسفكسيا
التي قد تصل الى درجة الهلاك ويعبر عن ذلك بالالتهاب الشعبي
الاختناقى وهو يشاهد عادة عند الشيوخ والاطفال وضخم
الجسم والمتهيكين بامراض سابقة والمصابين بضمور العضلات
الصدرية او بتشوه راسيتيكى في الصلوة العامود الفقري
واما انتهاء الالتهاب بالحالة المزمنة وامتداده الى الشعب الشعيرة
فسعود الى الكلام عليه قريبا

(التشخيص والانداز) تشخيص التلة الشعبية الحادة سهل
بالنظر الى العلامات التي سبق شرحها وانذارها حميد عادة مناعدا
التلة الاختناقية عند الاطفال والشيوخ الضعيفي المنية فانها قد
تنتهى بالوفاة

(المعالجة) في الاحوال الخفيفة يكفي ملازمة المحل وحفظ الدرجة
الحوية مستوية معتدلة واستعمال جرع صدرية او معرقة او مقدار منشت
من عرق الذهب ولاجل تلطيف الالم خلفا القص نوضع عليه ورقة
عردل او لجة من بذر الكتان او قطعة فانيلامدفاة مرشوشة بروح
الترمتينا وتعمل التبخرات اللينة لاجل تلطيف السعال او تعطى جرعة
مسككة مشتملة على شراب المورفين وماء الفارمثلا واذا تراكم
الافراز في الشعب تعطى المنفثات والمقبات وفي الاحوال الشديدة
يضاف لذكر استعمال المحاجم الجافة على الصدر والامراف ووضع
امسقة التايسيا على الصدر والخراريف
ولاجل تدارك رجوع النوازل يلزم تقوية الجلد والجسم بالماء البارد

والرياضات

والرياضات وتجنب السكن في المحلات الرطبة واختيار المحلات
للجافة المكشوفة

ثانياً في الالتهاب الشعبي الشعري

الالتهاب الشعبي الشعري هو التهاب الشعب الدقيقة وهو يعب عادة
النزلات الشعبية وهو مرض خطراً عند الأطفال والشيوخ لأن
ضيق الشعب الشعري الطبيعي يتزايد عقب انتفاخ الغشاء المخاطي
وتراكم الإفرازات الشعبية فيتعذر التنفس ويهلك المريض بالأسفكسيا
بسرعة ولذلك كان القدمون يعتبرون هذا المرض ضمن الالتهاب
الشعبي الاجتثاثي

(الاعراض) قد يبدأ الالتهاب الشعبي الشعري من أول الأمر
ولكنه في الغالب يعقب النزلة الشعبية المعتادة وفي هذه الحالة
تتقل الاعراض بالتدريج والغالب أن يسبق الالتهاب قشعريرة متكررة
وتصحب بحركة حمية شديدة خصوصاً عند الأطفال مع احتقان شديد
في الرأس وتوقد في الوجه وعرق غزير وسرعة زائدة في النبض وامتلاء
وتوتره وأهم الاعراض هو عسر التنفس والسعال

امعسر التنفس فإنه يصل بالتدريج الى درجة صعبة مهولة فيفعل
المريض مجهودات شهيق مستمرة ولاجل أن تكون عضلات الشهيق في الحس
وضع موافق لفعله بقوة يجلس ويمشي الجذع الى الامام قليلاً وترتكز
ذراعه الى الخلف وتتسع فتحات الأنف وترفع المجهودات الصدر
ولا يمكنه النطق بكلمات او ثلاث مرة واحدة وبالتأمل يرى انخفاض
البطن والجذاب القسم الشراسيفي تحت الاضلاع يزداد في كل حركة
شهيق وترى نفس قاعدة الصدر تجذب الى الداخل عند الطفل
وتدلك تنفس الحضر فوق الترقوة والقص وتبقى الاضلاع العليا

ثابتة في حركة زفيرها في ومع ذلك تتقدم الاسفكسيا ببطء وترداد
 حركات التنفس فتصل الى نحو الخمسين في الدقيقة عند الكهل والى الثمانين
 عند الطفل ويصغر النض ويتواتر ويتقطع وتزدق الشفتان ويهت
 الوجه او يصير كالحا وتزد الاطراف كلما تقدمت الاسفكسيا ولكن لا يزال
 الصدر زائنا ولا يسمع فيه الاخر اخر صغيرة وفرعية رفيعة عامة وقرآن
 ولحد يتعذب المريض بالسعال المتعب فيكون في الابتداء جافا ولا يصحبه
 بصاق مصل الى بعد مدة أيام ويتكرر السعال على نوب يتعاقب فيها السعال
 بسرعة حتى يحترق الوجه بقوة وتبرز العينان ولا يبصق الا مقدارا واهيا
 من المخاط في الابتداء ولكن متى كان الانتهاء حميدا يترطب السعال ويصهل
 ويصير البصاق مخاطيا قويا لزجا او قويا صرغا وفيه الفقاعات الهوائية
 بكثرة ومقداره وافزدا وتهبط الحمى ويخف عسر التنفس شيئا فشيئا
 ولكن لا يثبت الشفا هنا فكثيرا ما تعقبه نكسات خطيرة تعجل
 الهلاك

وعلى العموم ينتهي الالتهاب الشعبي الشعري بالموت بالاسفكسيا عند
 الذين معهم ضعف او ضمر في العضلات الصدرية او تشوهات
 الاشيتيكية وعندا لا مقدار يزداد الخطر كلما كان السن حليشا ويفتح
 جثث الهاكين بالالتهاب الشعبي الشعري يوجد زيادة عن الاوقات المذكورة
 في العموميات تمدد زائد في الشعب الصغيرة فيصل قطرها الى نحو الاستيتر
 بعد ان كان ٢ ملليمتر وتكتسب الشعب المتعددة شكلا اسطوانيا او
 مغزليا ونشقيها توجد مملئة بالصديد ويجدد التمدد المذكور من تراكم
 افرازات الشعب ، شلل عضلاتها الملسة

ويضعف الالتهاب الشعبي الشعري غالبا بهبوط النسيج الرئوي بالالتهاب
 الرئوي الفصيصي اي الشعبي الرئوي وسنشرحه عند الكلام على
 امراض

امراض الرئتين
 (التشخيص) المفاخر الصغرية الصغيرة والفرقات الدقيقة وعسر
 التنفس الحلو سى الشد لا يكفى لتمييز الالتهاب الشعبى الشعري عن الالتهاب
 الشعبى البسيط الذى تكون فيه الحراخر مخاطية ففاعية او شخيرية
 ويكون عسر التنفس خفيفا وتتميز الالتهاب الشعبى اللين الذى يصحبه
 عسر تنفس شديدا يخرجوج الانعشمية الكاذبة فى الصفاق على هيئة اسطوانات
 متفحة ولما احتقان الرئتين الاحتاسى والاورعما الرئوية التى تشاهد
 فى داء برانت وأوقات الصمامات القلبية التمر تعيق الدورة الرئوية فانها
 وان اصطحبت بالفرقات الدقيقة وعسر التنفس الشديدا الا انه
 لا يصحها حمى ولا يشاهد فيها السعال والصفاق ولا السير التدرجى
 للنزلة الشعبية الشمية

واما تمييز الالتهاب الشعبى الشعري عن الدرن الرئوى لنجد فسنذكر
 عند الكلام على الدرن الرئوى والامهم فيه عدم وجود الياسميل
 هنا

(الاسباب) لا يشاهد الالتهاب الشعبى الشعري وحده الا فى بعض
 الاحيان عند الكحول والغالب تضاعفه بالالتهاب الرئوى عند الاطفال
 والشيوخ
 ويكون الالتهاب الشعبى الشعري عارضا فى امراض شتى كالحمية والسعال
 الديكى والنزلة الوافدة والحمى التيفودية والدفتيريا وقد يكتسب شكلا
 وبائيا فى الفصول الباردة الرطبة

(المعالجة) لاجل تلطيف الالتهاب تستعمل المحولات كالحرايرى او
 المحاجم للحاقة عند الطفل والمحاجم الرطبة عند الكهل واذا كان قوى
 البنية لا بأس من فعل الفصد ثم يسرع فى تسهيل الافرازات الشعبية

وقرطيب السعال بإعطاء المركبات الانتمونية والقرمز وعرق الذهب بمقدار مفتت لدرجة الغثيان وبعضهم يوصى باستعمال الصبغة الايتيرية للويليا بمقدار اجرام الى ٣ يعطى على مرات متقاربة واذا كان الشخص ضعيفا لا توافقه المفتات تعطى له الترمنتين او النوشادر اليسوف

ويلزم حفظ الجو حول المريض في درجة حرارة مستوية وفي حالة رطوبة مستمرة بغلي الماء قريبا من فراشه وانما يلزم الاعتناء في حفظ حرارة الحلق مستوية لان اقل انخفاض في الحرارة حينئذ يوجب زيادة البرودة حول المريض بسبب تندي الفرش والناموسية من بخار الماء ويمكن تلطيف الاعراض زيادة اذا اضيف للماء عصارة الكونيوم او كلورات البوتاسا او ملح النوشادر وتوضع على الصدر لينة عريضة تحيط به ويمكن اضافة روح الترمنتين اليها او دقيق الحردل لاجل تحمير جلد الصدر والاستحمام على تحويل مفيد

وبعد مضي بعض ايام يمكن استعواض الادوية المفتة بمغلي الويليا او يصل الغسل ويضاف اليها بعض المسكنات كالورفين وماء الغار لاجل تسكين نوب السعال

ويمكن استنشاق الاوكسمين ضد ظواهر الاسفكسيا وعلى كل حال يلزم الاعتناء في حفظ قوى المريض فتعطى له الامراق والالبان وجرة مقوية او كولية والكونياك والشامبانيا

ويمكن ان يعطى في اليوم لطفل سنة سنتين جرعة تحتوي على ٣ جم من نبيذ ملاجا و ٤ سنتيم من خللات النوشادر والنوشادر اليسوف ثالثا في الالتهاب الشعبي للزمن

(الاسباب) يكون الالتهاب الشعبي في النادر من منا من اول الامر

كل شاهد عند الشيوخ والعادة انه يكون تابعا للالتهاب الحاد وخصوصا
 عند الأشخاص ذوي البنية المختلطة او القرصية او الدياتيزية
 (الاعراض) يتصف الالتهاب المزمن بالسعال الذي ياتي على فوب
 طويلة صعبة يتكرر عادة في المساء والصباح او عند المشي السريع
 والتكلم المستطيل وبعقبها خروج مقدار وافز من البلغم ويكون البصاق
 حينئذ كثيفا مصفرا او مخفرا (نزلة مخاطية لا ينك) او يكون ما عارضا
 زلاليا (نزلة مصلية او رشح شعبي مصل) او يكون البصاق نادرا لجافا
 شبيها بالنشا المطبوخ او مستديرا شبيها بالخرز (نزلة جافة لا ينك)
 واحيانا يخرج مع البصاق مادة مجمدة مرنة كالشعيرة متشعبة او
 اسطوانية قد يصل طولها الى ١٠ او ١٥ سنتي متر لو ناما بغير طبعها
 مخاطية (موسين) لا يلزم التباسها بالاعشبة الكاذبة الدفترية وقد
 يكتسب البصاق رائحة كريهة (نزلة شعبية منتنة) ومع ذلك فان
 التنفس يكون في الابتداء سهلا ولا يستحسن فيه بصعوبة الا عند المشي
 بسرعة او طلوع سلم او فعل مجهودات اخرى ولا يوجد للمرضى اوجاع
 خفيفة جدا ولا تضعف الشهية الا قليلا ولا تنوع رنانية
 الصدر ولكن بالسمع توجد الخراخر الخاطمية والشخيرية التي ربما
 اشتبهت بقرقر الكهوف

(السير والانتفاء) سير الالتهاب الشعبي الزمن ليس له قرار فانه قد
 يحسن او يزول تقريبا ثم يعود على مرات وقد يزول في الصيف
 ويسلطن في الشتاء ولا يتم شفاؤه الا في الاحوال المستجدة ويقبل
 المشفاكلما طالت مدته ولكن مع الاحتراس وتجنب البرد ربما يعيش
 المريض عمرا طويلا ما لم يطرأ عليه مرض عارض خطر كالاختقان الرئوي
 والالتهاب الشعبي الرئوي والانفذين الرئوية وآفات القلب الايمن

والامراض التابعة لهذه الافات كأمراض الكبد والمعدة والكلى والاستسقا
الى غير ذلك ومن المضاعفات المعتادة للالتهاب الشعبي المزمن تمدد
الشعب وتثانتها

(التشخيص) يلزم الاعتناء في تمييز الالتهاب الشعبي المزمن البسيط
الذائق عن النزلات الشعبية الزمنية التابعة لآفات القلب وصماماته
وداء برات والمصاحبة للرئو والالتهاب الرئوي

(التشخيص المرضي) تنحصر الافات التشريحية المرضية في كثافة الغشاء
المخاطي واستحيائه الى الحالة ليفية وظهور تقرحات وتولدات لحمية على سطحه
ومضاعفاته بأفات الالتهاب الرئوي والتقدم الشعبي

(المعالجة) الادوية النافعة في الالتهاب الشعبي عديدة والصعوبة في
اختيار الموافق منها في الحالة الراهنة والمقصود منها عادة تنويع الغشاء
المخاطي وتنظيفه

فاذا كان السعال جافا يعطى له عرق الذهب مع ملح معتدل كثرات
البوتاسا او برومور النوشادر او برومور البوتاسيوم او يصل
العنصل وتعطى له المسكحات كالافيون والمورفين وصبغة الكافور
المركبة فانه يعقب تعاطيها غالبا استراحة المريض فيستيقظ في حالة
استعاش وانسراح وانما يحترس من المخدرات فانها ربما تعميق خروج البلغم
فلا يلزم استعمالها عند وجود صعوبة في التنفس وظواهر اسفكسيا
واذا كان البصاق لزجا غزيرا يعطى له ملح النوشادر والنوشادر
المنسوف بقدر نصف جرام الجرام مع شراب الليمون والرب سوسو الخ
تلطف طعمه او يعطى له يودور البوتاسيوم او اقلويدات

واذا كان البصاق مائعا غزيرا يمكن استعمال البلاسم كالطوبلو
و... الخ

وتستعمل هذه الادوية من الباطن او تخيرا او رذا يستنشقه المريض
وبعضهم يروج استعمال الكريوزوت نبيذا واليود وفوسفيو بالوالترول
خرزا والترابين حبويا من لجم الى اجم والكاليبتول من اجم الى اجم
واذا نزلت كمثال افراوات وملاك الشعب عند الشيوخ وضعف البنية
يلزم المبادرة باعطاء مقيى لاجل خروجها ويخرج الباطن او رذا
في الاحوال التي تحتاج الى السرعة ثم تستعمل المنبهات كالانبة والكافور
ومحض الجاويك والمسك ونحو ذلك

وفي ألمانيا يستعمل الهواء المضغوط لاجل التنفس فيه او يفعل الرقيق
في الهوى المتخاضل بالصناعة طبقا لطريقة المعلم والدنبرج
وفعل ذلك يكون في اودة مخصوصة مستعدة لذلك او بواسطة
جهاز فتالي يستعمله المريض في منزله

وضد الاستعداد الحنازيرى تعطى المركبات اليودية وزيت السمك
وتعطى المركبات الرطجية ضد الاستعداد الدياتيزي وعند الامكان
يرسل المريض الى المياه المعدنية الكبرى والحمية والقلوية كميها
كوترية وموند وروبرول وامس وتمض الفصول الباردة
في البلاد المعتدلة او بحوار العابات الراتجية وان لم يتيسر
ذلك يلزم تجنب الخروج في الهواء البارد

ويلزم الاعتناء في غذاء المريض وتزجيج الاغذية الرخوة والسائلة مع
استعمال المياه المعدنية الموافقة شرعا ولا تستعمل انبيد ولا الجبذة
ولا الحلويا تصفانها تبيع السعال عند الكثيرين
رابعا في تدبير الشعب

اول من شرحه لاينيك ولا يشاهد التقدم الشعبي وحده الان
احوال استثنائية ولا يكون في العادة مصحوبا باغذية اخرى كالايتية -

الشعبي الرثوي المزمّن واسكيزوذ الرثة أو تلاشي شبيها والالتهاب
 البليوراوي المزمّن وانقرضا الرثة وتكبيدها وضغطها إلى غير ذلك
 (التشريح المرضي) تمدد الشعب على نوعين اسطوانى وكيسي وتمييزهما
 مهم في الاكلينيك اما الاسطوانى فانه يعرف بتمدد الانبوبة الشعبية
 بانتظام على طول مسيرها إلى انتهائها تحت البليورا وانما يقل التمدد
 كلما قرب من الطرف البليوراوى بحيث يمكن تشبيهها بامسبع الالوان
 وفي بعض الاحيان تتسع الانبوبة كلما قربت من البليورا وقد يصل
 حجمها إلى مقدار ريشة العز أو أكبر من ذلك وقد يشاهد في داخلها
 حواجز والجله ليفية لوجب ضيق الانبوبة في حداثتها وعدم انتظام
 شكلها الاسطوانى ويبتدىء التمدد عادة من الانابيب المتوسطة
 ويستمر في الانابيب الشعرية ويند وابتدأوه من الانابيب الأكبر
 حجما وإذا أصيبت الشعب في جملة محلاته يكفى امتساها فتلها فعل
 الشق بالرثة فترى فتحات الانابيب المتمددة واضحة على سطح
 الشق ويبرز منها مقدار وافر من القمح وتكون فارغة لها بطيئة يمكن
 اتباع سيرها بالمقص بسهولة

ولما التمدد الكيسي فانه يعرف بتكون تجاويف على سير الانبوبة
 الشعرية اما بشكل كيسي أو ورق أغور أى متصل بالنبوية
 شعرية وقاعه منسد وهو نادر ويكون في الغالب ذات فتحات
 عديدة توصلها بالانابيب المجاورة فيكتسب هيئة أزيان القلب
 وقد تنسد فتحات الكيس كلها فينغزل من الانابيب الشعبية ويمتلئ
 بمادة جنية منعقدة وقد يكون التمدد مستديرا ومتعاقبا في
 الانبوبة بحيث يكتسب هيئة السجة وإذا فعل شق في الرثة

تشاهد النقط الممتدة على هيئة تجويف مستدير بانتظام او غير انتظام او بضاوى
في قاعه فتحة الانبوبة الشعبية

ثم ان التمدد المستدير والبيضاض ينشأ من تمدد جدر الشعب عادة وأما التمدد الكيسي
والدورق فإنه في الغالب يعقب تقرح الشعب بحيث يمكن تشبيهه بالانوريزما وتسميته
انوريزما الشعب ونجم التمدد يختلف بين نجم الفولة وبيضة الحكامة والانبوبة
الشعبية المنضلة بالتمدد إما ان تكون ضيقة أو متسعة وممتدة بدرجة مختلفة

ويكن مشاهدة انواع التمدد الشعبي مجمعة في شخص واحد وبالبحث عن الانابيب
الشعرية في جدار التمدد توجد التغيرات التي ذكرناها في العموميات على حسب حالتها
وقد هان ابتداء سقوط انطلاها الهدية وارتشاح الأدمة الى غاية انضغاط
الألياف العضلية والمرنة والغضاريف نفسها وتكثر الأوعية الشعرية على هيئة
شبكة متعرجة وأحيانا تشاهد تقرحا ونقط متفرقة وتوجد في الشعب مادة قيحية
تحتوى على بلورات الماجارين والكوليقرين وأختها نغمة منوية أو منتنة

ومجلس التمدد الشعبي يكون غالبا في قمة الرئة وأما التمدد الكيسي فيكون
غالبا في القاعدة وتصاب الرئة اليسرى أكثر من اليمنى في نسيجه (بارت)
وبالبحث عن النيج الرئوي المجاور للانابيب الممتدة يرى عادة انه مصاب بالانقرض
أو بالالتهاب المزمن والصغور الذي قد يصل الى درجة التلم ويعصب ذلك
غالبا ضامة العقد الليفانية الشعبية وليس من النادر وجود الدرن الرئوي
الذي كان يغنى قديما انه لا يصعب التمدد الشعبي

الاسباب يحدث تمدد الشعب كالانقرض من ضغط هواء الرئوي على جدر الشعب
ويختلف مجلس التمدد على حسب درجة مقاومة الجدر وخواصها فيؤثر أولا على
الانابيب الهوائية بالالتهاب الشعبي ثم في النقط المحاطة بالتهاب رئوي لأن الالتهاب
يجب لين الانسجة وفقد مرونتها ولذلك يشاهد تمدد الشعب غالبا عقب الالتهاب
الشعبي الرئوي ويكون التمدد بسرعة عند الاطفال المهايين بالسعال
اللبكي ويكون بطيئا عند الكهل عقب الالتهاب الشعبية وعند الشيخوخة يصح
التمدد الشعبي الانقرض الرئوي أو يحل محلها

(الاعراض) اعراض التمدد الشعبي تشتمل استجابة على اعراض الالتهاب الشعبي
 المزمن كالسعال المتواصل وعسر التنفس الخفيف ثم تزداد هذه الاعراض شدة اذا اصطبغت
 بالالتهاب الرئوي ثم متى تزايد التمدد الشعبي تولى السعال يشتد شيئا فشيئا ويصعب
 بصاف غزير بما يصل في اليوم الى ٢٠ او ٤٠ جرام ويخرج على مرات قليلة قليلا او على
 اربع مرات او خمس وفي بعض الاحيان يخرج ذلك المقدار لحاجة فيسببه سعال شديد
 مع الاحساس باختناق ثم يخرج البصاق بقوة على هيئة قمي شعبي ويعقب خروجه
 راحة موقفة وتحصل هذه القوب غالبا في الصبح عند القيام من الفراش
 وبالحث عن البصاق يوجد سائل غاطي قمي ذو رائحة ففحة منوية او تلتة واذا وضح
 في الحنجرة يتصل الى ثلاث طبقات طبقة سطحية تكون رغوية مخاطية لينة واذ كانت او
 مصفرة او مخضرة وطبقة وسطى زلالية شفاضة كالمصل وطبقة سفلى صفراء قذرة
 متكونة من كرات قيحية كبيرة مختلطة مع خلايا بشرية وبلورات المارجارين
 والكوبيترين واجيانا يكون البصاق غائقا كالثكولانا
 واجيانا يكتب البصاق رائحة كريهة ويصير نفس المريض متضايقا يكثر هوله المكان
 حول المريض

وقد تشاهد هذه الظاهرة في الالتهاب الشعبي الغير مصوب بتمدد متى تجمع الصليد
 وركه في فتحة محصورة من المسالك الهوائية وهذا ما يبرعنه بالالتهاب الشعبي
 المزمن. منسوب الرائحة الكريهة (تبع تراوبا وديترش) التي تكون سدد شعبية تشبه
 سدد ديترش وبالتامل فيها توجد رخوة هشة ولونها اصفر مخضر وسخ ورائحتها
 متنة وحمها كالبسلة او الفولة وبالحث عنها باليكر كوب توجد مركبة من
 كرات قيحية وجيبات مختلطة بكرات دسمة وبلورات حوامض دسمة (وجافية)
 يوجد فيها خلايا فطرية مستديرة او مستطيلة او سحيجة او خيطية ينسب اليها ملوك
 البصاق بلون بنفسجي او مزرق حتى صار حاد طعمه بصيغة انيود (ويرشو) وبالحث
 عنها يكادوا يوجد فيها غالبا بعض حوامض دسمة طيارة (حمض واليريانيك
 وبيوتيريك) ولوسين وتبروزين ونوشادر وايدروجين مكبريت
 ثم ان الرائحة الممتدة تختلف على حسب المريض فقد تكون غيبية برائحة معمل

الصباون وقد تشبه رائحة الغائط أو تكون غفرينية صفا عقب تغزير من
العشاء الخاطي للشعب أو من النسيج الرئوي وظهور الرائحة المتنة ربما يوجب
الخطر لسبب حصول الأمصاص الكف أو استعاضة الفاعل وتالمها كما يحصل
عقب الدوسنشايا والسيلان الجري شلا ولكنها تحسن أحيانا وتقول أو تستمر

خفيفة مدة مستطيلة من الزمن بدون انقباض اضطراب الصحة

وفي بعض الأحيان يشاهد حصول النفث الدموي عقب ترقق لشبكة الوعائية
المحطة بالتمدد الشعبي وذلك ما يوجب التباس الحالة بالدرن

وبما لكشف على الصدر يوجد فيه أحيانا انبعاث أو انقباض فيما يقابل التمدد
الشعبي وينجم هذا الانقباض إما لطهي التمدد بالالتهاب البليوراوي المزمن
ويشاهد بالأكثر في الجزء المتوسط الخلفي من الظهر وبالقرع يوجد غالباً بعض طصيبة
في حذاء التمدد وبالسمع توجد أحيانا علامات الكهف ولكنها تختلف باختلاف
حجم التمدد وتعدد وقرع أو امتلاء بالافرازات وقد تنوع العلامات بتنوع
مضاعفات التمدد بالالتهاب البليوراوي أو الرئوي المزمن ولذلك يوجد تارة
نفخ كهفي أو زلجي مع قراق تدل على وجود تجويف وتارة يوجد نفخ أو صوت
شعبي أو تكلم صفته

(السير والانتفاخ) لا تصحب التمدد الشعبي البسيط حركة حمية واضحة وتبقى
معه الشهية محفوظة والصحة تقريباً جيدة بحيث يتيسر للمريض تأدية اشتغاله وإنما
يأذى من أوقات البهاق وضيق النفس الذي يتزايد عند عتمة ليلى وأما مع
تضاعف التمدد بالرائحة المتنة أو بمرض عارض كالالتهاب الرئوي أو الغزير
الرئوي أو النفث الدموي فإن المرض يصير خطراً جدياً وفي أغلب الأحوال
يتقدم المرض بالتدريج وبعد مضي بعض أشهر أو سنيين تقدم أيضاً الآفات
الرئوية المصاحبة له وتضاعف آفات القلب الأيمن ويقع المريض في النعومة
وتظهر حمى اللق وباقى علامات السل التي تشاهد في الدرن الرئوي وليس من
النادر تضاعف التمدد الشعبي بالدرن وحينئذ يكون سيره سريعاً وانذاره

(التشخيص) الكهف الدرني والقيئ الشعبي لهما اعراض تشبه التمدد الشعبي
 اما الكهف الدرني فلا يمكن تمييزه دائما بالنظر للعلامات الصدرية وحدها. عن
 التمدد البسيط الغير مصحوب بالدرن، لأن مجلس التمدد في قاعدة الرية ووقتها تقريبا
 متساو ويكون غالبا في جهة واحدة من الصدر (لحظي بآية) والسعال والنقش
 اللاهوي والاصابع المعوجة البقراطية والنخ الكهفي والعراق والتكلم الصدري
 يمكن مشاهدتها في التمدد الشعبي بدرجتها في الكهف الدرني والبصاق وان كان
 مانعا غريبا رغويا في التمدد وكيفا مستديرا فيهما في الدرني الا ان ذلك لا يكفي للتشخيص
 واما باعتبار حالة العصب العامة فان نجد المصاب بالتمدد الشعبي يعيش اشهر وسنين
 بدون حرج وبدون مخافة واضحة بخلاف المصاب بالدرن الكهفي فان الحرج يكون معه
 مستمرا ومصحوبا بفقد الشهية وسوء الهضم والظاوة والضعف والعرق
 والاسهال ويتأكد التشخيص بالبحث الميكروسكوبي عن البصاق ووجود الباسيل
 الدرني

وأما القئ الشعبي فانه يميز عن التمدد بظهوره الفجائي وخروج مقدار كبير
 من القيح مرة واحدة لاسيما متى كان القيح مرتبطا بالقيوف البليوراوي وبالبحث
 عن الاعراض البليوراوية حيث يتأكد التشخيص

(المعالجة) يتبع هنا ما ذكر آنفا في معالجة الالتهاب الشعبي المزمن ويرجع هنا
 اعطاء القربين والمبرقولات والاكاليين والتمتينا واليودوفورم والكيوروزول
 ويلجأ غالبا الى المحولات كالحاريق والمقصية والكي بالتموكوتير (پاكلين)
 خامسا في الالتهاب الشعبي الغشائي الكاذب

الالتهاب الشعبي الغشائي الكاذب هو التهاب حاد يصحب بافراز لقي يغلفه
 على هيئة اغشية كاذبة دهنية

(الشرح المرضي) بالبحث عن البصاق يرى فيه كتلة صغيرة محصورة بمواد
 مخاطية مدممة تعوم بوضعها في قليل من الماء وتتفرد على هيئة اسنونة متشعبة
 منتهية بقعر كليس هيئتها تدل على منشأها من جذع الشب الى اخر طرفها
 الانتهاء ويكون لونها ابيض مصفرا أو سموا وقوامها متين مرن وجدها

متكونة في الغالب من طبقات رفيعة متعددة داخلها بعض مواد مخاطية وفصاعات
هوائية ونسجها متكون من هياكل ليفية متخلل بكرات بيضاء وبعض كرات دموية حمراء
وقد يصل طول الانبوبة الى بعض سنتيمترات وقد يصل سمكها الى حجم ريشة الأوز
وقد يتكرر خروج انابيب غشائية متشابهة الارصاف والبصاق على التوالي
وهذا يدل على انها صادرة من انبوبة شحبية يتكون فيها الغشاء الكاذب كلما غمرت
عنه

وبالبحث عن الغشاء المخاطي الملتهب يوجد احيانا مغطى بلخلايا الهدبية (بيمر)
ولكنه يجر عادة من هذه الخلايا (كريتش) وتكون الادمة غثة متفخة ومزقة
بمادة مصلبة وتكون الخلايا الرئوية احيانا سليمة وحيانا متفجرة أوها بطة
(الأعراض) أعراض الهجوم هنا تشبه أعراض هجوم الالتهاب الشعبي الحاد الشديد
وهي الشعور المتكرر والحرق وفقد الشهية والعطش وضيق الصدر ويعقبها سعال
جاف صعب مؤلم ويسرع التنفس ويصل الى فوق ٤٠ مرة في الدقيقة ويتسرب رجة
تقرب من أوصاف الأسفكسيا ثم يصيق المريض في ابتداء بعض مواد مخاطية ويستمر
ذلك بعض ساعات أو بعض ايام ثم يتبدع خروج الاغشية الكاذبة على هيئة كتلة
مستديرة يعقب خروجها خفة في الأعراض ولكن بعد قليل يعود السعال وعسر
التنفس وخروج كتلة غشائية جديدة وهكذا وقد يصحب البصاق نفث
دموي ربما يصل مقداره الى ملء ملعقة كبيرة أو أكثر وحيانا يائسكي المريض
بنالم في الصدر في هذا مجلسا لالتهاب الشعبي

وبالقرع يشاهد احيانا اغمية في حذاء الشجرة الشحبية المسدودة وبالتسمع في
هذا لا يسمع الغرير الحويصلي وحيانا ينسبها من وقوف التنفس في جهة من الصدر
اجذاب الاضلاع الكاذبة والاحشاء البطنية في الجهة المصابة وإذا تضاعف
الالتهاب الشعبي بالتهاب رئوي يسمع في النقطة الأمامية نغم شعبي ويشاهد
البصاق الصدي في الواصف ومما انفصلت الاغشية الكاذبة وخزجت مع البصاق
ياكد الشخصين وبالتسمع حينئذ تسمع غالبا خراخعة مختلفة في حذاء النقطة
المصابة

(التشخيص) يتحقق التشخيص عند خروج الاغشية الكاذبة والبصاق ولا يمكن الحكم باليقين قبل ذلك

(الانذار) الالتهاب الشعبي الدفيري مرض خطير ينتهي بالموت غالبا في ثوبه سعال واختناق والشفاه فيه نادر ويحصل في مسافة بعض اسابيع ويتعبه عادة احساس مرضي في الشعب مدة مستطيلة يسبق التشخيص فيها عرضة للنكسات التي ربما تتكرر مدة اشهر أو سنين (والش)

(الاسباب) الالتهاب الشعبي الدفيري مرض معد كثير المجهول من سن العشرون الى ثلاثين وتاخر عند الشيخوخ ويصيب الرجال اكثر من النساء ويكثر حصوله في فصل الربيع ويضعف غالبا دفتريا الحنجرة والبرية ويكون هذا المرض في النادر اصليا والغالب انه يتبع دفتريا الحنجرة أو الالتهاب الرئوي الدفيري ففي الحالة الأولى تمتد الاغشية الى الشعب من اعلا الى اسفل وفي الحالة الثانية يمتد الالتهاب من الخلايا الرئوية الى الشعب الشعيرية

(المعالجة) يمكن استعمال ماء الجير أو محلول كربونات الصودا في حالة بخار يستنشق المريض ولكن لا تقبل هذه الاجرة الى الشعب الشعيرية بمقدار كاف (والانيون) وأوصى (بيار) بضمحل ذلك الزيت على الصناديق وبهم يرجع استعمال يودور البوتاسيوم وبعضهم يوصى باستنشاق اجرة محلول الياباين (بي) أو الثورين (بي) وعند اقوياء البنية يمكن استعمال القيق أو استعمال المنقعات والنوشادر الينسون وحصف البتروليك

المبحث الثاني في زهرى القصب الهوائية والشب

زهرى القصب والشب هو حب اضطراب التنفس بدرجة مختلفة وتصل غالبا الى درجة الاختناق والاستفساد وتنشأ لغات الزهرى، الشافوي والافوي اما لغات الزهرى الشافوي فتتصرف في الفوازل والمنقعات السطحية ويتسبب عنها السعال وحس التنفس والبصاق وما في علامات التورلة القصبية الشعبية البسيطة ولا يمكن الوصول الى تشخيصها الا بما عتبار طول مدتها ومرافقتها لغات زهرية في الجلد والاعضاء المخاطية الأخرى وبخمتها أو شفاها السريع

استعمال

باستعمال الادوية النوعية

وأما آفات الزهرى الثلاثة فتتغير في الأرتشاح الزهرى والأورام الصمغية التي
تصيب الغشاء المخاطي والانسجة تحتها إلى الغضاريف والتقرحات الفائرة أو اللغابية
التي تسير بطول الأنبوبة الهوائية أو تدور على قشرها حلقة وتنفور في العضلات
والغضاريف وتهكها أو يصبها اثر الحام تشويه تحدث ضيق الأنبوبة الهوائية
أو اختافها أو تكون فيها الجمة وتوجب عسر التنفس والأوزم التي تصيب هذه
الآفات تزيد أيضا في عسر التنفس ويحس الآفات المذكورة يكون عادة في الجزء
السفلي من القصبة الهوائية وفي الشعب الفليطة القريبة منها
وأعراض الزهرى الذي للقصبة والشعب تكون في الابتداء خفيفة شبيهة بأعراض
النزلة القصية الشعبية البسيطة وفي أبعدها يشد السعال ويصير فوريا ويصعب
الأنفاس بوجود جسم غريب يحوار القصبة ولختاق وألم غائر ويصير الشهيق
صبيا صغيرا أو شحيرا ويتضاعف غالبا بنشخ المزمار ويكون البصاق في الابتداء
رغويا ثم يصير مداما ويكن وجود قطع من النسيج المخاطي أو من الغضاريف فيه وبالنسبة
للحفرة عند التنفس ترى أنها لا ترتفع ولا تنخفض كما هو الحالة الطبيعية بل ترتفع في
الغالب ثابتة في محلها عقب ثقب الالتحام التي ثبتت القصبة بالأعضاء المجاورة
وبالبحث بالمرآة الحجزية يمكن رؤية الآفات إلى انتهاء تشعب القصبة وإذا ترك
الزهرى الشعب القصير بدون علاج موافق ينتهي بالموت بالاستسكيا أو
يشب الخجعة ويوصلها بالمريء أو يوكل وعاء الهوى ويحدث التزيف أو يشب
الحجاب المتوسط وتكون فيه خراجات أو يثير الالتهاب الشعبي الرئوي الحبيث
ويمكن الوصول إلى تشخيص الزهرى الثلاثي للقصبة والشعب بالبحث عن الآفات
الزهرية في باقي الجسم لا سيما في الجلد والحلق والخجعة ولا يأتى التباسا بالنزلة
الشعبية البسيطة ولا بالرئوي ولا بالعقد الشعبية ومن حصلت شبهة في وجود الزهرى
يأبى دحالا بفعل المعالجة النوعية واستعمال الزيت ولحاويودود البوتا سيوم من
الباطن بمقدار كبير

المبحث الثالث في التزلة الوافة

التزلة الوافة مرضى وباقى يتصف عادة بالتهاب تولى في المسالك الهوائية معصوبا بحجى واعراض عصبية مختلفة الشدة

الشرح أغلب اعراضها تشبه اعراض الحمى التزلية وانما تتميز بحجى التزلة الوافة بشدة وزيادة الغمط القوي فيها فيعاجأ الشخص بالبرودة والقشعرير ويحس كأنه مريض جدا قبل ظهور الاعراض المرضية ثم تحصل حمى شديدة مع سرعة زائدة في النبض وضعف وتقطع فيه أو بالعكس امتلاء وتوتر ويضطرب الجهاز الهضمي ويتغلى اللسان بطبقة وسخنة سمكية ويحصل قيح متكرر (واستون) قد تصعبه الأم معبه شديدة (ابراهيم) واسهال صفراوى ويتركز البول ويصير نادرا ويظهر الزكام قويا ويسيل من الانف سائل حليف وتحرص العينان وتصبير دامعة وتمتد التزلة الى الجيوب الجيبية فيحصل ألم شديد في اصل الأذن والجيبة وبعض المرضى يشكى بالأم عصبية شديدة وحشى العين وفي هذا المؤخر اذا امتدت التزلة الى الحلق يحصل فيه جفاف مؤلم وصعوبة في الازدراء

وفي بعض الاحيان لا يحصل زكام وانما يصحب الحمى هبوط ولغمط شديد وتام في الأطراف ويلتزم الفراش وفي أحوال أخرى يشكى المريض باختلاج مؤلم في سمانة الساق وعضلات الفخذ أو يحصل دوخان وانحما وتشاهد عند البعض حالة تناقص أو بالعكس هذيان شديد ثم تظهر التزلة الصدرية في القصبة والشعب ولا تصاب القصبة الانادرا ويكون السعال في الابتداء جافا مصحبا والبصاق نادرا متكونا من قليل من مواد مخاطية رغوية لكنه يصطبغ غالبا بصبيق شديد في الصدر وواحد مؤلم في قسم القلب وحركة اختناق متكررة ثم يتكاثر البصاق ويكثر ويحس بالحرقاء الصدرية وتتحق الحمى في الصباح وتلطف الاعراض العامة واذا لم تحصل مضاعفات تظهر حالة جبرانية كالعرق الغزير والاسهال المفرط أو الرعاف أو الهربس الشفوي يعقبها الشفا في مسافة اسبوع أو اسبوعين لكن النقاهة بطيئة ولا تقود القوى الالبسة ويستمر الشخص في مدتها عرضة للنكسات وفي بعض

وفي بعض الأحيان تكون الإصابة بالقرلة الواقعة خفيفة جدا فيشتكى
المريض بركام خفيف وذجة حلقية واهية وسعال مصحوب بكسور ومباغ
وحى خفيفة وتصرف الاعراض بعد يومين أو ثلاثة وربما حصلت حركة
حمية شديدة مع هبوط عام ولكنها لا تدوم الا مسافة ٢٤ الى ٣٠ ساعة
وتصرف بعد هابا الحكية ولكن هذه الأحوال نادرة والعادة انها مهما
كانت صفتها تتبعها حالة نقاهة مستطيلة بحس الثقة فيها بضعف في
المضلات وقومك يستقر بعض اسابيع

للمضاعفات (تختلف المضاعفات على حسب نوع الوباء بمعنى انه في كل
وباء جديد توجد مضاعفات جديدة وتكسبه هيئة وسيران مخصوصا
ففي بعض الأحيان تشتد القرلة الشعبية وتكتب اوصاف الالتهاب الشعبي
الحاد الشديد وينشأ من ذلك استطالة مدة المرض ولكن يحصل في الغالب
التهاب شعبي شرع والتهاب رئوي فضيحي أو التهاب رئوي لبق خفيف
أو ثقيل يكون مجلسه في رئة واحدة أو في الرئتين معا وبالسنة ١٨٣٧ و١٨٤١
وأحيانا يشتد ضيق الصدر جدا مع خفة القرلة الشعبية وفقد الآفات
الأخرى ولذلك يعتبر عصبيا صرفا وبأبرلاند سنة ١٨٣٨

وفي بعض الأحيان يكثر حصول الالتهاب البليوراوي والتاموري
وفي بعض الأحيان تكون المضاعفات في الجهاز الهضمي فيحصل شخج مؤلم في
المعدة وفيه وإسهال صفراوي واصفرار في الجلد وبالسنة ١٨٧٥ أو يكتب
الاضطراب الهضمي أوصاف الكوليرا مع اختلاج في الاطراف وبالسنة ١٨٣٨
ويشاهد غالبا في سير القرلة الواقعة طمحات جلدية إيرتماوية أو بثرية وتغشا
بالارتفة في بعض الأحيان ويسبب عنها الاجهاض أو الوضع قبل الأوان
وتجمل الحوض وغزارته أو حصول التزيف الرحمي والبول المدم (لوفي وباء
١٨٧٩ فوازين في وباء سنة ١٨٣٧)

وفي بعض الأحيان يعقب القرلة الواقعة التهاب في الخد النكفية وقد

تكون سببا في تعجيل ظهور الدرن الرئوي عند المستعدين له نعم ان اختلاف
 المضاعفات، وتتوفاها اوجب بعض المؤلفين ان يقسمها الى ثلاثة وافدة دماغية
 أو صدرية أو بطنية على حسب تسطح الأعراض الخطرة الخاصة بالوبا
 (لا نذكر) التزلة الوافدة في حد ذاتها ليست خطيرة وتنتهي بالشفا غالبا ولكن
 وبأوقها يزيد في عدد الوفيات ويمكن تفسير ذلك بالمضاعفات والعواقب التي
 تصحبها وتكسبها درجة الخطر بان تنظر الى الأرقام في عدد المصابين في كل وباء
 فلو ندرنا مثلا وصل عدد المصابين ١٨٨٩ في ٣٥ والتوفيات ٥٥ وفي
 باريس أصيب بخوريج الأهل وفي جنيف غوثك الأهل وفي مصر كذلك
 في وباء ١٨٨٩ ولعلنا وأغلب الوفيات كانت في المتقدمين في السن وضعف
 البنية والمصابين من قبل بأفات رئوية أو قلبية وفي الأطفال والمصابين
 بالدرن وعلى العموم تزداد الوفيات في البلاد التي شروطها الصحية غير
 أكثر من البلاد الصحية

(التشرح المرضي) لا يحجب التزلة الوافدة البسيطة آفات خاصة فيشاهد
 احتم ان الغشاء المخاطي للسالك الهوائية أو التهاب وأما اذا حصلت
 مضاعفات فترى في الحجة آفات كالاتهاب الشعبي، الشديده والشعبى
 الشديده، التهاب الرئة ووذيم الرئة الخ

(الأسباب) التزلة الوافدة مرض وبائي سري، ولكن لا يورث
 بل ينتقل من شخص الى شخص، وقد تم في سنة ١٨٨٩ في فرنسا
 للأمراض العفنة بل انه يصيب عادة عدد كبير من الأشخاص فجأة
 فهذا ما ينافي الزعم بأنه مرض عفني

والتزلة الوافدة بالأكثر تصيب الكهول والشيوخ وضعفاء البنية
 وتصيب النساء أكثر من الرجال ولا تصيب الأطفال الا نادرا
 والأشخاص الذين ينجون في القلوات أو القاطنون في أراضها للأصا
 أكثر من غيرهم ولا تقي الاصبا مرة بالتزلة الوافدة من عودتها ثانيا أو ثا

في وء آخر
ولا نعلم الى الآن اسباب ظهور هذا الوباء وانتشاره لانه يظهر في جميع
القصول والاقاليم وينزل بالمدن والقرى سموا وربا ظهر في اثن
واحد ببلدين متباعدين جدا لالعلاقة بينهما ريحيب الجزائر التي ليس
بينها وبين البلاد المصابة مواصلات ويصيب السفن في وسط البحار مع
بعد هاعن الجزائر المصابة ومقرت التزلة الوافدة ببلدة اصابت
نصف سكانها او ثلاثة ارباعهم وتسلطن فيها بعض اسابيع (خمس
اسابيع في لوندرا سنة ١٨٨٤) الى شهرين ونصف (في باريس سنة ١٨٨٤)
وتصرف بعد ذلك الى جهة اخرى ولا قامة لاتباع مسيرها وتقلها وزلا
ترك النقطة المجاورة وتسلط على نقطة بعيدة جدا

وبعضهم يزعم ان منشأ هذا المرض من آسيا في حدود الصين والتار
ثم ان عدم استظام سير وء التزلة الوافدة هو ما يثبت ان طبيعة سببها
ليست جوها كما وما كالاوزون ولا انجرة مخصوصة كالياسم لان هذه
الحوادث لا يتأتى لها ان تقطع المسافات الموهلة الحاصلة في سير الوباء دون
ان تتلاشى وتقسد والبعض يظن ان السبب ربما كان ميكروبا سريع
التكاثر مقر كانت الشروط الجوية والاقليمية موافقة وقد
صار الاعلان باستكشاف هذا الميكروب مرارا في شتله ولم يمكن اثبات
ذلك الى الآن

ومن المشاهد ان الوباء يصيب السجون ويورد الرهبان وقتلاقات المعسكر
المحتجين بمجرى جيد وفي بعض الاحيان تستمر هذه الاماكن محفوظة من
الوباء ولا يعلم سبب ذلك

ومن المشاهد ايضا ان التزلة الوافدة كما انها تصيب الانسان فكذلك
تصيب بعض الحيوانات الالهية كالخمان والكلب والقط والطيور ولا
يعلم هل يتاقي سقاها من الحيوان الى الانسان أولا

(التشخيص) ليس من السهل تشخيص الأمراض الابتدائية للترلة الوافدة ويمكن
التنبؤ بها بأمراض حمية أخرى كالحُمى التيفودية أو الطيفية أو الدرن الحاد أو الزمّار
ولكن متى تعددت الأمراض يتضح التشخيص

ومن الشاهد أن الوباء حصل في سنة واحدة وعرف يعود في السنة التالية أو
التي بعدها ولكن بشكل خفيف كلما تكرّر وبعد انصراف تسعرت ثلاث المسالك
الهوائية مشدّة ومحصّنة في الغالب بلخفاط القوى والضعف العضلي
زيادة عن المعتاد ولان شاهد التّرلة الوافدة في حالة انفراد أي غير وبائية
أبداً

(المعالجة) الفصد والمركبات الاتيمونية لأنواع التّرلة الوافدة البسيطة
ولذلك ترك استعمالها الآن وأما الكينا وحدها أو مع الانتيرين فيمكن
اعطاؤها من ابتداء المرض لأجل تطهير الحُمى والالام العصبية وبعضهم
يوصي بالحمام الساخن والمشروبات المرقّة لأجل تخفيف شدة النوازل
ولكن قد يتسبب عنها زيادة ضعف المريض وهبوط قواه والأحسن
اعطاء المريض سهلاً ملياً ثم جرعة ملحية وفي اليوم الثاني أو الثالث
تغلي له جرعة من مغلي البوليخا يضاف اليها ملح الفوسلاد ويشرب المريض
سوائل باردة كماء الصودا وماء الشعير وحمض او مع قليل من عصير الليمون
أو لبن مخفف بالماء وبلزم احتياق تغلي المنهات الا اذا كانت المريض
متقدما في السن ضعيفا فعلى في الجرعة نوساد ريتون وفي
النقاها تغلي له المقويات والكواهر المرة ويعتق في التغذية الحمية
واذا اظهرت مضاعفات تعالج على حسب طبيعتها فاذا كانت المضاعفات
التهابية تستعمل مضادات الالتهاب كالحجامة الحادة أو الرلبة واذا كانت
عصبية تستعمل مضادات التشنج والمسكنات واذا كانت صغراوية يستعمل المقيح
المسهل

(الجث الرابع في السعال الديكي)

السعال الديكي مرض معد وباقى يصيب الأطفال غالباً وهو يشبه الأمراض العضة بأن الإصابة به مرّة تقمنه مدة العزادة ولكنه يتميز عن الأمراض العضة بكونه ليس مصحوباً بالحمى وهو في هذه الخاصية يشبه الكلب فإنه كذلك مرض عفني غير حمي

والسعال الديكي يتكون من عنبرين وهما التزلة الشعبية الحفزية والسعال المعصبة الذي يأتي على فوب خاصة واصفة (الأعراض) السعال الديكي أربعة ادوار وهي
أولاً دور التفريخ ومدة نحو اسبوع أو أكثر تقليل

ثانياً دور الهجوم الذي يتصف بترلة شعبية معتادة مصحوبة بسعال وحى ورانبة الصدر وخارخاطية شعبية وفي بعض الأحيان يمكن تشخيص المرض في هذا الدور باعتبار شدة الحمى والسعال اللذين يفوقان حد التزلة الشعبية البسيطة أو اذا تصادف وجود طفل مصاب بالسعال الديكي في المنزل أو في الجيران وتختلف مدة هذا الدور جداً وتكون في العادة اقل من اسبوع أو مدة يوم أو يومين وأحياناً لا يشاهد دور الهجوم بالكلية ويتبدئ المرض رأساً

ثالثاً دور المرض وهو يتصف بنوب السعال الشنجي المصحوب بشنج الزمار والحجاب الحاجز وتبدئ النوبة بحركة شبيهة تشنجية تعقبها حركات زفير متوالية تشنجية أيضاً حيث أنه ربما يصل عدد السعال المذكور الى ٨ أو ١٠ أو ٢٠ مرّة بدون امكان التنفس فينتفخ الوجه والرق وحتقن العين وتبرز وتدمع وتزرق الشفتان

ومضى وصل العنبر الى درجة الاسفكسيا تحفل بحركة شبيهة مستطيلة رنانة شبيهة بصوت الديك وتنتهي النوبة وعما قليل تعقبها نوبة ثانية وثالثة حتى يخرج الطفل مادة مخاطية لزجة ويتقايما يحصل المعده الغذاء

وإذا كانت النوبة قوية جداً ربما يعضها تمزق الأوعية الشعيرة فينكسب
الدم على هيئة أيكيوزات نقطية تحت الملتحمة وجلد الوجه أو يحصل
ارتفاع من الحلق أو الألف أو الملتحمة فيخرج البلغم مدحماً وتسيل الدموع
دائمة ولحساناً يمزق غشاء الكلية من شدة السعال ويسيل
الدم من الأذن أو الأذنين معاً وأحياناً يظهر الزلال في البول (سبينوز)
وربما يال المريض أو تقوط على نفسه قهراً أو أصيب بالفتق وعند أغلب
الأطفال ينشأ من احتكاك اللسان على القواطع السفلى تقرحات على
جانبي اللجام

ويسبق النوب عادة الإحساس بالكلان أو دغدغة في الحلق أو الحنجرة
أو خلف القص يمكن أن يخبرنا بها من كان واعياً من الأطفال وقد استشر
الطفل يترك العابه ويذهب بسرعة إلى والدته ويحجز نفسه ويجهتد في
منع النوبة لأنه يخشاً حاداً ولا سبيل له إلى ذلك وبعد انتهاء
النوبة إذا كانت خفيفة يعود الطفل منبسطاً إلى العابه كأن لم يكن
شيئاً ويطلب الغذاء بشبهة لتعويض ما تقاياه وأما إذا كانت
النوبة ثقيلة فأنه يخرج منها في حالة تعب زائد ويطلب الاستراحة
في هذه

ثم أن مدة النوبة تختلف من بعض دقائق إلى ١٠ أو ١٢ دقيقة
وتكثر النوب مدة الليل زيادة عن النهار وقد يصل عددها إلى ٢٠
أو ٤٠ أو ٦٠ في الأربعة وعشرين ساعة وإذا زادت عن ذلك تعان
بالخطر (تروسو) ولا يحصل بين النوب سعال عادة

ويستمر القرع دافئاً وبالسمع مدة النوبة لا توجد خراخر ولا خريف بل
سكون مطلق في الصدر فاشئ من تشنج الشعب
وايضاً دور الانتهاء الذي يتصف بخفذاً أكبر من بطء فقل النوب وتلطف
ويزول الصوت الديك والشهيق ويجل محل التنبه المزج بلغم مخامض
كشيف

كثيف نزل يمكن متاعده في البصاق عند الكهل
 (السير والمدة والانتها) سير السعال الذي ينجم الادوار التي ذكرت عادة
 ولكن دور الهجوم قد يفقد بالكليه في بعض الأحوال وفي أحوال أخرى
 يحل محل السعال عطاس تشنجي (روجير)
 ومدة السعال الذي تختلف وتكون عادة من ٦ أسابيع إلى شهرين أو
 ثلاثة وقد تكون المدة أطول من ذلك سيما مدة الشفا وفي بعض أحوال
 استثنائية تكون مدة المرض بعض أيام فقط (تروسو)
 ويكون الانتها بالشفاء عادة ما لم تحصل مضاعفات مهلكة وفي بعض الأحيان
 لا تتعود القوى ويترن الطفل ضعيفا هزينا عرضة للسل والعقد الشعبية
 أو يستر الهزال بسبب الصمم وسيلان الأذن الذي ربما يعقب تمزق غشاء
 الطبلة وينتهي أخيرا بالهلاك
 (المضاعفات والانتذار) السعال الذي في حد ذاته ليس خطرا ولكنه
 يصير خطرا بالمضاعفات التي تصحبه غالبا ومن النادر جدا هلاك الطفل
 في مدة نوبة السعال عقب تشنج المزمار أو الانغما أو النزيف الدماغي وإذا
 تكررت التوب بكثرة ربما يقع الطفل في حالة ثبات وكوما بسبب تكون
 ارتشاح مصلي في أغشية الدماغ فتتلف على المخ وربما انتهت بالهلاك وفي
 بعض الأحيان يشتد الاحتقان المخمدة النوبة ويصعب تشنج عام أو ألاميا
 أو يحصل تمزق في الأوعية يعمه نزيف رئوي أو دماغي خطر
 ولكن المضاعفات الخطرة الأكثر حصولا تنشأ من إصابة الرئتين بالتهاب
 الشعبي الرئوي أو الالتهاب الرئوي والبلوري و على العموم متى حصلت
 مضاعفة التهاب يحصل تلطيف في العرض العصبي ولذلك يلزم الاعتناء
 في البحث عن المريض إذا انطلق السعال عنده فجأة لأجل التحقق من نفس
 السبب في مبدئه

وأما الانقباض الرئوي فأنها تصير خطرة إذا أعقبها انسكاب الهواء في

البليودامن تفرق الحويصلات السطحية وقد تعقبها انقباض عامة تقبل الى
الحنق والصدر والجذع

ثم ان نكرو القئح ربما يوجب الهزال والخافة وقد يصيب النوب خروج
المواد الثقيلة والبول بغير الارادة او يحصل قئح سري أو ادنى الى غير
ذلك

وبالحكمة فان السعال الديكي أكثر خطرا في الشتاء وعند الفقراء والأطفال
الحديث السن والضعفاء البنية عن غيرهم ويختلف الخطر ايضا على حسب
نوع الوباء الموجود

(التشخيص) يتميز السعال الديكي في دور النوازل بزيادة شدة الحمى
والسعال عن المعتاد وفي دور السعال بالشهيق الديكي والنوبة المخصوصة
ولكن أروام الحجاب المتوسط قد يصيبها نوب سعال تشنجية تقرب من
نوب السعال الديكي ولا تشبهها

(الاسباب) السعال الديكي مرض وبائي معدية وتحصل العدوى بواسطة
المواد المخاطية التي تخرج بالسعال وتنسب العدوى للباسبيل المخصوص
الذي استكشفه ليستيرش سنة ١٨٧٠ واثبتته (افاناسيف) اخيرا وهذا
الباسبيل رقيق جدا يسيل المهلام وتكون فيه بقع مصفرة ويوجد مجتمعا
في المواد المخاطية ويجمع تلك المواد المخاطية في المزمارين الترجما ليرتفع
الحجرة وتحصل نوب السعال (هيرف)

ويكن ظهور الوباء في عموم الاقاليم والفصول وخصوصا في الشتاء
والخريف ويصيب الاطفال عادة من سن السنة الى الثمانية والاثاث أكثر
من المذكور وقد يصيب حديثا الوضع كما أنه قد يصيب أيضا الكهول
والشيخوخ

ومن الملاحظ ان وباء السعال المذكور سابق مع وباء الحمية أو سبقه
(المعالجة) أهم المعالجات الواقية هو عزل الالامدة ومنعهم من الازدياد

ومما يصيب طفل يلزم جمع المواد المخاطية التي يفرضها في اناء أو منديل
ومما ملتها بمضادات العفونة ومنع الاطفال من الدنو اليها
ولا يوجد لهذه المرض علاج نوعي مخصوص فيلزم الابتداء بوضع المريض في اوده
متسعة درجة حرارتها مستوية لأن تعرضه للبرد يحرك القرب وايضا يحركها
زيادة حمى الكوبونيك في الاوده (هوك) واذا كان الفصيل مقلد لا يرجع
خروج الطفل للرياضة كل يوم في وسط النهار ويبعث في تغذيته بالأغذية
الرخوة أو السائلة السهلة الهضم ويكون تقاطيعها عقيب النوبة حالاً لا يمنع
الطفل من الصرخ والتكلم بقدر الامكان وتختلف المنبهات على العوم
وأما المعالجة الدوائية فتكون عرضية فيعطى في الدور القوي المشروبات
المنفشة أو المنقعات ويعطى في الدور المصحى المسكنات ومضادات التشنج
كالبلادنا والأكونيت وحمى السيان ايدريك ورومور البوتاسيوم ورومور
الانوثيم والمركبات الأفيونية وتعطى القلوبات للكميونات الصورا أو
الموتاسا ونترات البوتاسا وتعطى سلفات الزنك (بيرد) أو الشب
في الدور الأخيد

ورضد العنصر العفني يمكن استعمال ملح الكيان الباطن أو نفا في الحنجرة وبجر
المكان بحلول كرهولي أو يريش بالزاد يقرب المريض أو يستعمل المحلول
الكريوني بحض الساليسليك أو البوريك

وعند المضاعفات الالتهابية هو استعمال المحولات كالحاردي وبعضهم
يوصي بمس الزمارين الترجمايين بحلول الكوكايين لأجل تسكين
التهيج الذي يقال انه هو السبب في حصول نوبة السعال
ومتى دخل الطفل في دور النقاهة أو قرب انتهاء المرض يستحب
تغيير الهواء وارسال المريض الى شواطئ البحار لأجل سرعة تقويته وانتعاشه
(المبحث الخامس في الربو)

الربو مرض عصبي يتصرف بعصر تنفس شعبي زفيرى بأقوى قو

١ أعراض النوبة) نوبة الربو نظر إعادة فجأة بعد نصف الليل بين الساعة (٤ و ٢) وأحيانا بين (٦ و ٨) وذلك نادرا بعد الظهر وأما قبل الظهر فيكون المريض مسترخيا منها عادة ومتى حصلت في وقت فأنها تعود فيه غالبا لوقت يحس المريض بأعراض سببا بقلة بقلته بقلته قرب النوبة كالنقص والعطاس واستنساخ البطن والعادة أنها نظر فجأة فيرى الشخص الذي دخل فراشه وهو بناية العضة يستيقظ فجأة في غير من ضيق يسدده كأنه مضغوط عليه ومعه هبوب عظمية في كل التشنج ^{العصب} فيقوم ويسرع نحو الشباك وينفتح وأسما لإجل استنساخ الهواء البارد ثم ينتقل إلى جملة مختلفة لإجل فعل مجهودات التنفس فيجلس في الفراش وينثني على بطنه ويقوس ذراعيه ويرتكز على يديه أو يطرح ذراعيه على توازيه بجواره أو يقوم واقفا ويمسك بيديه جسماء صلبا مرتفعا أو يجثو على ركبتيه فوق كرسى ويوجه رأسه إلى الأمام ومع كل ذلك يستمر التنفس منفسرا جدا وعضلاته في حالة انقباض شبه تيتانوسية والشهيق فيه غير تام والزرير بطيء ازدياد يشهد ضمير المريض حتى يشق عليه التقوى بكلمة واحدة وطلا لا يتفلسف إلى شيء ما ويبهت وجهه أو يصير كالحا محمقا ومتحما وتبرز العيانات وتجرد الأطراف وتغطى الجلد بمرق بارد حتى يرى أنه على وشك الهلاك ولكنه لا يخشى عليه عادة لأنه بعد مضي زمن تلطفت النوبة ويسهل التنفس ويتم الشهيق ويتلى الصدر بالهواء ويتنظم الزفير بالتدريج وفي بعض الأحيان متى قربت النوبة من الانتهاء تحصل بعض أعراض تعان بذلك كالجنون والبول الغزير الرائق أو يحصل سعال رطب يعقبه بصاق مخاطي مستمر أو جاف لزج مائع أو منعقد شبه الخرز أو الشعرية وأحيانا يخرج البصاق مدما أو يصبه قث دموي غزير وبالجملة عنه بالميكروسكوب تستكشف فيه خيوط حلزونية وخلايا كبيرة جيبية وبلورات إبرية شبيهة ببلورات (شاركو) وهذه العناصر ليست محصورة بالربو لأنه يمكن مشاهدتها في أمراض أخرى كالالتهاب الشعبي والروم والالوسيميا

والوسيميا

ومع انتهت النوبة يعود المريض الى النوم ويقوم صباحاً في حالة ملل وضيق خفيف في الصدر او انتفاخ في البطن وفي النادر يقتصر الربو على نوبة واحدة وتعود النوب عادة في ميعادها كل يوم مدة اسبوع اوعدة اسابيع متوالية ثم ينصرف الربو ويعبّر عن تكرار هذه النوب بدور الربو وبالجملة عن انه يدور مدة النوبة يوجد التنفس ليس سهياً ولا لاهتياً بل بسرعة طبيعية أو أقل من الحالة الطبيعية وتوجد نسبة الشهيق والزفير منعكسة فيرى الشهيق قصيراً والزفير اطول منه بنحو ٣ مرات ويصحب الشهيق ازير خفيف وأما الزفير فيعصبه أزيز قوى يسمع على بعد وهيئة الصدر تدل على أنه في حالة شهيق منوط فيرى الاضلاع العليا مرتفعة في أقوى درجة والحجاب الحاجز منخفض عنه بدرجة بحيث ان رقانية الصدر تتعدى قاعدته زيادة عن الحالة الطبيعية وتتبع الفضلات العنسية الحليمية والمخينية لاجل زيادة اتساع الصدر ولكنهم يستمراناً متملئاً بالهواء والزفير غير ممكن حتى ان مجهود انقباض عضلات البطن لا يساعد عضلات الزفير في اخراج الهواء الا بقدر واءٍ وبالتفريح توجد الرقانية مطلقة وبالتسمع لا يوجد الخزيز الحويصلي تقريباً ويوجد عوضه أزيز رنان صرف أو مصحوب بنزاعر شعبية ولا يتوقع النبض في مدة النوبة ولا بعدها ولا ترتفع الحرارة

وتختلف مدة نوبة الربو والمادة أنها تستمر من ساعة الى ثلاث ساعات وقد تستمر في ربع ساعة فقط أو تدوم مدة الليل أو النهار كله مع نوع تلطيف وقتي خفيف في الصباح وفي بعض الأحيان تستمر هكذا عدة ايام متوالية ولا يخشى عليه مدة النوبة عادة ومع ذلك فقد شوهد وصولاً الأسفكسيا الدخيلة الموت الظاهر والتمزج الحال لفعل التنفس الصناعي لاجل انعاش المريض (فاجح)

ومع انصرف دور الربو ينوبه يرجع المريض الى صالة صحته استعادة ولكن من عادة الربو أنه متى حصل مرة يعود على فترات تكون في الابتداء طويلة من بعض

اشهر الى سنة ثم تقصر فقصر بعض اسابيع أو بعض ايام وقد غلب هذا على بعض
المرضى فواتر نوب الربو بدون فترات فكانت تأتي يومياً مدة سبتين متتاليتين
وتعود المرضى على النوم جالساً مستقداً الملاقاة فويته الليلية (فاج)

وعند بعض المرضى يسبق النوبة المتتادة أو يحل محلها نوبة عطاس تشنجي شبيهة
بزكام حمى الدريس يتكرر غواً ثلاثين أو الاربعين مرة في ساعة بعض دقائق
ويعود كل ليلة أو كل يوم في المباداة بعض ايام متوالية وفي مدة النوبة يختنق
الصياد ويدفع بحس فيها ما كالون ويختنق الوجه وتسيل الانف ثم تصروف
هذه الأعراض فجأة كما طرأت وظهورها عند الشخص يعان باستقداًه للربو
تغير النوبة بضيق التنفس والربو عصبياً زفيراً ويمكن تمييزه بالانقباض التشنجي
لعضلات التنفس واختلفت الآراء في تعيين سبب هذا التشنج وبجمله فالأكثر
قال أن مجله عضلات الانابيب الشعبية الشعرية (يرمي ويليام)

وقال البعض أن مجله عضلات الشهيق (سى واتريك) والبعض يجمع بين
القولين وينسب النوبة لانقباض العضلات الشعبية والشهيق معاً (تروسواكو)
أما القبان عضلات الشعب الشعرية فإنه يحدث ضيقاً في قطرها بحيث تسمح
لدخول الهواء في الحوايا الرئوية مدة الشهيق ولا تسمح له بالخروج منها مدة الزفير
وعصب التشنج هنا تمدد الأوعية الدموية الشعرية بسبب شلل أعضائها فيحصل
احتقان في الغشاء المخاطي ويجب انتفاخه وزيادة أفراسه ليساعد على انسداد
الشعب الشعرية وقد شاهد المعلم (ستورك) احتقان المسالك الهوائية لغاية
تشعب القصبة بواسطة المرأة الحجيرو ويمكن تشبيه احتقان الغشاء المخاطي
الشعبي هنا باحتقان الغشاء المخاطي للانف وسيلانه مدة زكام حمى الدريس
التي تشبه الربو بضميرها العصبى

وأما تشنج عضلات الشهيق فإنه يجب اتساع الصدر بقوة وثباته في هذه
الحالة مدة النوبة ويمتد التشنج أيضاً إلى عضلات الزفير ولكنها لا يمكنها انقصر
عضلات الشهيق فلا يتجدد الهواء في الصدر إلا بدرجة جزئية

ويمكن

ويمكننا الجمع بين القولين بقولنا ان قوة الربو الشديدة تحصل من تشنج عضلات
التنفس الشعبية والشهيقية معاً ويمكن نسبة هذا التشنج الى تجمع الاعصاب
المتوزعة في العضلات تبعاً لآلياتها عقب فعل منعكس يحلسه الاطراف الانتهائية
للاعصاب الحساسة المتوزعة في الغشاء المخاطي لسالك العنائية في الانف أو
الشعب

(السيرة والمدة والانتفاء والمضاعفات) توب الربو الحادة لا يستعقبها أثر مرضي
وبعد انصرافها تترك الشخص في حالته الصحية المعتادة تقريباً حيث ان القوة توجب
احتقان الشعب فكوار التوب يؤدي الى الحصول للزلة الشعبية التي بدوامها تستحيل
للمحالة الزمنية ويستعقب الزلة الشعبية الزمنة حصول الانقباض الرئوية وإذا
استمرت الحالة يرى ظهور الآفات القلبية المتعلقة بهذه الأمراض كحمى القلب
الأيمن وعدم كفاءة الصمامات التريكويسية ولا تخفى عواقب الآفات القلبية
المذكورة من جهة الكبد والكلا والاوزيميا والاستسقا التي تنتهي بالكاشكيا
والموت هذا اذا أذن الربو وتكررت توب كثيرة وأما اذا كان خفيفاً نادراً أو حار
عاجز به بما يوافق فإنه لا يستعقب المضاعفات المذكورة ويمكن شفاؤه بالكلية
وفي بعض الأحيان يكتبب المصاب بالربو هيئة مخصوصة وصفها (سالتير)
فقال ان الظهر يصير مستديراً ويميل للجذع الى الأمام وتوضع الكتفان ويسقط
الزراعان الى الخلف مع انحناء الرق قليلاً وتفق الصدور مرونة وتحصل خفاقة
ثابتة مع قوفا الاوردة وبرودة اليدين وخفاقتها ويصير لون الجلد تراسبيا
وتخفف الحضان وتبرز العينان وتضيق متوقفة مرغوة بالدموع ويصير الغم
مفتوحاً عادة والفك السفلي ساقطاً مرتجياً والصوت ضعيفاً

وأما الزعم بعدم حصول الدرن عند المصابين بالربو فهو وإن كان أساسه
ضعيفاً إلا ان حصول الدرن يمكن اعتباره استثناء عندهم ولا يتقدم سيرة
الايضي زائد

(الشخص) بالقليل لأوصاف توب الربو لا يمكن التباسها بتوب الاختناق

الصادق من الحفرة أو القبية وإنما قد يحصل النوبة عند الأطفال ولجأنا
عند الكحول وتكتب هيئة الالتهاب بالشعب النخعي ويصحبها خلل في عظامه
وفسفة وتصرف عدد يومين أو ثلاثة ومتى تكررت بعدها تعلم طبيعتها الرئوية
(ترومو)

وفي بعض الأحيان يصعب الحكم على المريض إن كان مصاباً بالربو أو بالالتهاب
الشعبى لأن من أوبا الانفي بما الرئوية ولا يتوصل الطبيب إلى التشخيص إلا بالرجوع
تاريخ المريض بالآفة فزى مثلاً أنه كان مصاباً في ابتدا بالترلة الشعبية المزمنة
المبسطة ثم تضاعف بنوب ربو تسمى وتتميز بشدها في الشتاء وخفتها في
الصيف وذلك بخلاف ما يشاهد في الربو الأصلي أو نوب إن صحة الشخص
كانت جيدة ابتداء في فترات نوب الربو ثم أعتة الانفي بما الرئوية ثم تمد
القلب اليمن وعدم كفاية صماماته التريكويسية ثم ظهرت عواقب اعاقه
الدورة ولحققت الشعب وانتهى الأمر بحصول الترتة الشعبية المزمنة وهلم
جراً

وأما تيقن الربو الشعبي عن الربو القلبي (آفات الصمام المتريال) وعن المدرن
الرئوي، يبرى فسنذكره عند ذكر امراض الرئة والقلب
(الأسباب) الربو كما في الأمراض العصبية ليس لأسبابه ثبات وهي إما أن
تكون مهية أو منمية فالأسباب المهية منها الوراثة الدياتيزية (ترومو) أعنى
أن الروماتيزم والنقرس والحصوات الكبدية والكولوية والشقيقة وبعض
الأمراض الجلدية كالإيجرية والأكريما عند الأبوين كالرجو بسبب استئصال
ذريتهما للربو وبعض المؤلفين (سالتير) وجد أن الحمصية والسعال الديكى
يعقبهما عند المريض استعداد مخصوص للربو ومن جهة المن فان الربو
يشاهد في جميع الأعمار لاسيما عند الكهل ويصيب الرجال أكثر من
النساء

وأما الأسباب النقية فتختلف باختلاف الأشخاص ويمكن أن تنجم النوبة بأسباباً
وأهية

واهي جدا كجف المرواح مثل راحة عرق الذهب أو المولود أو راحة بعض
الحيوانات كالقطط والكلاب والخيول فإن روائحها قد تعيم الربو عند البعض
ولا تؤثر عند الباقين واتجاه الريح وبرودة الجو والهواء المحصور وكذلك
هواء المجتمعات واستنشاق الأتربة والدخان. راحة عيذان الكبرى وللنساء في
فأنها كلها اسباب تعيم الربو عند البعض دون الآخرين وكذلك نوع الأغذية
وياسيا المقوية والحبنة والمنقلى وتناولها في المشاء ثم تأثير على الربو كالغرض
الشمال أو الجنوب وطرق المدن المزروحة كبارز ولوندا أو الغلوات
والسكن في بلاد حارة أو باردة وبالحجربة يعرف المريض ما يوافق وما يفسده
من ذلك وقد شاهدت أحد المرضى أنه كلما حضر مصر يصاب بالربو على اللؤلؤ
وكما توجه أوربا شفى منه وقد شاهد (سانتير) كثيرا من المرضى يرتاحون
جدا في لوندنا وفي هواها النيلي دون سواها

وقد استكشف أخيرا (ولتوني) سلاسل تأثير بوليوس الأنف في تعيم الربو
وأثبت ذلك مشاهدات (هينس وهالك) واستعمال البوليوس في هذه
الأحوال يشفي الربو وكذا تعيم المشاء الأفي والتدابير وضمانته وأعوياج حاجز
الأنف يعيم الربو ولذلك يشفى بعد المعالجة الموافقة أو الكي الكهربي وقد
يرتبط الربو بالأمراض الحمية أو يظهر مع حصول الطث أو الحمل أو الوضع ويزول
بعد ما وقد يعصب الربو أمراض القلب واضطراب الهضم والديدان المعوية
وبعض التسمات كالسهم المبول والرصاص والزئبق وبعض الأمراض الجلدية
(الامتار) ليس الربو مرضا خطرا وإذا زال سببه يمكن شفاؤه بالكيفية
رائدة بالأكزوحيد عند الأطفال والشبان وقد يزول بنفسه مع التقدم

في السن ويندر جدا مشاهدة بعد سن ٦٤

(المعالجة) المعالجة نوعيون أدوية وعلاجية أما المعالجة الداركية فتقتصر
في تجنب الأسباب المحركة للربو وحيث أن هذه الأسباب تختلف بحسب
الأشخاص فيلزم كل شخص لتنبه لأسباب ما يحرم من الربو عنده يتجنبها بتدريج

اعمال الربو والاعطاب يجمع عام أكثر بوان سلبية في المشاء سلقا والسكناء أيضا لها تأثير

الامكان ويلزمه مراعاة الأغذية والمسكن وإذا كان السبب في الالتهاب يمكن
 كشفه فشاء الخافض للحرارة الخافض للحرارة الأنفية أو كيه بالأكبر مائة (هاك) وأما
 الأدوية الخارجية فاحسنها يودور البوتاسيوم وإنما يلزم تدريج المقدار على حسب
 إحاسية الشخص الأيديوسكرانية فيبدئ بمقدار ٠.٢٥ دسقه.
 جلم ثم بالتدريج حتى يصل الى ١ أو ٢ جرام وما فوق ذلك (سى) ويبدأ يوم
 على استعماله مع إيقاف تعاطيه زمنا قصيرا واستعاضه بالكميات الزينية (ووزو)
 يضيف الى الودور صبغة اللويلا بمقدار ٢٥ ر الى ٥٠ د سنجرام أبيض الى الودور
 صبغة البلاونا بمقدار بعض نقط أو يستعمل الهواء المضغوط أو التخلخل أو يستعمل
 الريفي الى جهة الجدار أو الجبال لتغيير الهواء

وأما معالجة النوبة فتختلف فعند بعض المرضى تصرف باستعمال عرق الذهب أو
 الطوطم المقيح أو شرب مقدار معتد من الدخان ولكن لا يفيد الدخان عند الصالحين
 عليه وكذا امتنع القهوة القوية إذا أخذ سائحا ربما يصرف النوبة وأيضا
 استنشاق الكلورود فورم وأنه قد يفيد موقتا واستعمال صبغة الأبقرا أو غروب
 أوراقها كالدهان أو شرب سحائر اسبيك يصرف النوبة عند كثير من المرضى
 أو تستعمل صبغة اللويلا وخلاصتها أو صبغة البلاونا أو الكلورال أو المورفين
 حقا تحت اللسان وكذلك الورق المعقود أو الزرنخي الذي يحرق بقرب المريض
 كي يستنشقه أنه وقتئذ أودته منه ربما يصرف النوبة وأخيرا يمكن استنشاق
 البيريدينيوم ثيب منه من ٨ الى ١٠ فقط فوق المنديل أو يوضع منه من ٥ الى ١٠
 جرام في طبق بجوار المريض لتصل اليه البخار فيستنشقه مدة نصف ساعة ويلزم
 تكرار الدواء مرتين أو ثلاثة في اليوم مع المداومة عليه بعد النوبة ليتأكد انقضاءها
 ويحتمس من عودتها وأيضا يمكنه استنشاق نترات الايت

(الفصل الخامس في امراض الرئتين)

امراض الرئتين المهمة هي الاحتقان والأوريميا والتليف والالتهاب والنفوساج
 والقنونيا والانتينزيميا والضغط والدرن والزهري والسيلان والأكاس
 المديدة

الديداينة

لأجل تسهيل دراسة هذه الأمراض يتخذ بشرح نسج الرئة بالاختصار ثم
نقتبه يذكر الأمراض العامة لهذه الأمراض وطرق البحث عن الصدر فنقول
(أو لنسج الرئة) الرئة تتركب من فصيصات عديدة متفصلة عن بعضها بالنسج
خلوي ويمكن مشاهدة هذه الفصيصات بسهولة في الطفل الحديث الوضع
لسمكة المنسوج الخلوي الفاصل لها وحيث أن هذا المنسوج يرق جداً
كلما تقدم في السن فلا تسهل مشاهدة الفصيصات عند الكهل إلا فيما إذا
كان النسج الخلوي مقشراً بمادة سوداء وحيث أن الفصيصات الرئوية
ممتانة فتكفي دراسة أحدها لمعرفة ما بقى

يمكن تشبيه الرئة بعنقود العنب عيادته كالشعب وجذبه كالفصيصات
الآن الفصيص الرئوي عبارة عن كتلة صغيرة إسفنجية متعددة الزوايا أو
مخروطية قطرها نحو واحد سنتيمتر مكعب ولها سويق صغير كسويق العنب
يتركب من أنبوبة شعبية ناشئة من أنبوبة شعبية كبيرة على
زاوية حادة محاطة بغضيات الشريان الرئوي والأوردة الرئوية والأوعية
الليفافية والأعصاب وكل من الفصيص الرئوي وسويقه محاط بالمنسوج
الخلوي لكن الأنبوبة الشعبية تنفذ في الفصيص الرئوي مصحوبة
بالشرايين الرئوي وبعض من النسج الخلوي الفصيص الرئوي على شدين مركزي
حامل للأنبوبة الشعبية والشريان الرئوي معاً وراى حامل لفرعاً
الأوردة الرئوية

ثم أن الأنبوبة الشعبية للسويق تنفذ في الفصيص وتسمى بالنعبة الشعبية داخل
الفصيص وتنشعب فيه تشعباً متوالياً وكل شعبة تشعباً أيضاً وهكذا
وتفتق الفريعات النهائية باستقاع مجوف مخروطي يسمى بالدهليز ويتصل
ذلك الدهليز بثلاث أو خمس قنوات تسمى بالقنوات الخلوية أو التنسية
وكل قناة منها تتسع بالتدرج على هيئة قمع وحيد الدهليز والقنوات التنسية

تصلح بطول الخلايا الرئوية التي تقع فيها بفتحة صغيرة ثم ان مجموع الدهليز
والقنوات التنسية ولها يبرع عنه بالاسيوس من أعالي الحويصلة الرئوية والفرع
الشعبى النهاى المتصل بالحويصلة الرئوية يسمى بالفرع الحويصلى وحجم
الحويصلات الرئوية يصل الى ٢ أو ٣ ملليمتر مكعب وابعادها الحويصلة
الرئوية يتكون الفصيص الرئوى

وأما الخلايا الرئوية فهي التي يتم فيها التبادل التنسيق وكفى الدم ومتى
صار بخفيف الرئة بعد نفثها جيدا تظهر الخلايا الرئوية كأنها محفورة في جدار
الفصيص على هيئة تجويف صغير يضاهى أو مستدير ومتصلة عن بعضها
بجدار شبيهة بخلايا الخلد وجدار الخلايا تتكون من منسوج خلوى والياف
مرنة تسمى الخلية بالتدود والهياكل وتقر فيه وبيات الشريان الرئوى على
هيئة شبكة شعرية تبرز على سطحه قليلا وعلى سطحه الباطن طبقة بشرية
بلاطية رقيقة

وكل من الحويصلات الرئوية وأجزائها والفصيصات الرئوية محاط بشبكة
شعرية من الأوعية الليفية (جراثية)

وباعتبار الأفات الرئوية نجد ان الالتهاب الرئوى الحاد في دور التكبد
بما الفصيص بفتح ليفي فتوتر الحويصلات الرئوية على سطح الشق على هيئة
حييات وأما في الالتهاب الشعبى الرئوى فيكون النغم عادة فيصير اللينغ
فيه قليلا. لأنه لا يكون سطح الشق خاليا من الحبيبات وفى الانفزيما الرئوية
يتدور الفصيص الرئوى في جميع أجزائه وتضم حواجز الخلايا أو تنقب. وفى
الغصور الرئوى يتكاثف اللينغ الخلوى حول الفصيصات الرئوية ويصير
ليفا وبأحكامه تحتق الحويصلة والخلايا الرئوية معا وقد تحتل الخلايا
الرئوية واللينغ الخلوى والأوعية الليفية للفصيصات الرئوية بالمواد
الملونة وارتبة اللحم وأخيرا تنتشر الحبيبات الدهنية في المدن الرئوى
في آن واحد في جدار الشعب الشمية وجدار الخلايا الرئوية وجدار الفرع الوعاء
الشعرية

(ثانياً في الأعراض العامة للأمراض الرئتين وعلاماتها)
(تخصيص هذه الأعراض في الألم والسعال وعسر التنفس)

(أولاً في الألم) الألم إما أن يكون سطحياً أو غائراً والغائري يحس به المريض في حذاء مجلس الأصابة وليس له أوصاف خاصة وأما السطحي فيحس به غالباً تحت الثدي أو على الخط الأبطى ويشاهد في الالتهاب الليفوروى والروئى ويلزم تمييز عن الآلام العصبية بين الأضلاع وعن الآلام الحاررية وعن الآلام المتعلقة بأفا الأضلاع

(ثانياً السعال) السعال يحصل من الفعل المنعكس الناشئ من تنبه المسالك الهوائية ويكون جافاً أى غير مصحوب بالبريق أو رطباً أى موحياً بالبريق وقد يحصل السعال بأسباب أخرى كالسعال الحلقى والأذنى والسنى والعدوى والمركبى

فالسعال الحلقى يحصل إما من الذبجة الحلقية التى تؤثر على الحنجرة المجاورة أو يحصل من دغفة اللهاة على فتحة الحنجرة ويزول السعال بعد شفاء الذبجة الحلقية أو بتر اللهاة وأما السعال الأذنى فإنه يحصل من تقيح القناة السمعية الظاهرة أو تقرسها ويزول بمعالجة الأذن (ما رشح)

والسعال السنى يحصل مدة التسنين عند الطفل أو من التقيح الناشئ من وجود جذر السن وحده فى السنخ ويزول متى عولجت الأسنان وأما السعال المعدى فإنه يتفق بامتلاء المعدة أو آلامها العصبية أو تزلزلاتها عند بعض الأشخاص أو من وصول الديدان (الحلأطمية) إليها ويستد السعال المعدى عادة مدة الليل ويزول بعد التقيح وبمعالجة التنبه أو التزلة العديدة وأما السعال المركبى فيشاهد عادة فى أصحاب الاستعيا ويمكن تحريكه عند الحيوان بنزبه أرضية البطن الرابع (كونس) وقد تستند هذا السعال مدّة مغلقة جداً وليسكن عادة مدة الليل أو متى اضطجع المريض والعرش أو

يوضع القدمين في الماء الساخن والوصف العام للسعال في هذه الأحوال أن
 يمكن جافاً رناناً غير مصحوب بأعراض مهددة أخرى
 (ثانياً عسر التنفس) يتصف عسر التنفس بالصعوبة أو السرعة أو الأثني معاً
 ويبدأ عسر التنفس بفعل الحركات أو التكلم ويتب عنه نقص الأوكسجين
 في الأوعية ولذلك تكون صعوبة التنفس أشد خطراً إذا حصلت فجأة
 عند شخص كان متمتعاً بها بالصحة وأما إذا حصلت بالتدريج كما يشاهد
 ذلك في أمراض الشعب والربو ذات السير البطيء المزمن فإنها يمكن تحملها مدة
 مديدة بغير اضطراب ظاهر في الصحة وربما اكتسب التنفس حينئذ هيئة العسر
 الصحي في بطنه وهذه مدة الراحة لأن احتياج البنية يتنوع وينطبق على مقدار
 الأوكسجين الوارد بمقدار أقل من العادة وتحصل تخاف في اللحم فتنسب الحركات
 الأوكسجينية وتقل تعاطي الأغذية أيضاً بالتدريج ويحجب المريض أنواع الحركات
 الجسمية والجهودات ومتحشع في الشيء مما في صعود العوالى والتسلق فإن صعوبة
 التنفس تشتد وتوجه الوقوف لأن الحركات العضلية تحتاج إلى زيادة صرف
 الأوكسجين ولم تيسر له الحصول عليه بالتنفس فينتج ويثقف وكذلك إذا طرأ
 على المريض حينئذ أقل حركة تنزلية أو حمية فإن سرعة التنفس وصعوبته تشتد
 جداً فوق نسبة الحركة الحمية

وقد يشاهد عسر التنفس بدون اضطراب في تكسب الدم كما يحصل في الكوما
 الديقابلية وفي داء (بريت) قبل ظهور التسمم البولي بمدة وقد يكون عصبياً مستقلاً
 بالاستتباب

ويوجد نوع من عسر التنفس يصف بجبر المريض على الجلوس دائماً وكلما انشأ للرقاد
 أو الاضطجاع يشتد ضيق صدره فيجلس ثانياً ولذلك سمي هذا النوع بعسر التنفس
 الجلوس وهو يشاهد عادة في أمراض القلب العضوية ويندرج في الانقباض
 والربو المصلي والانسحاب اليلو راوى والسعال المتقدم وتنسب صعوبة التنفس
 هنا إلى ضغط الكبد والأحشاء البطنية على الحجاب الحاجز مدة الرقاد

وقد يتعلق عسر التنفس بشلل الحجاب الحاجز ويتصف بانخفاض البطن مدة الشهيق وبروز هامة الزفير من الحالة الصحية بسبب جذب الأضواء البطنية داخل الصدر بالشهيق ودفعها خارجه بالزفير ويوجب عسر الجهد والحركات وعسر التغوط والسعال والمغاس

وإذا طرأ على الشخص نزلة شعبية ولو خفيفة تعرضت حياته للخطر وإذا كان الشلل في نصف الحجاب الحاجز تشاهد الظواهر البطنية للتنفس في نصف البطن فقط

وأما عسر التنفس المبرعنه بتنفس شيمتوك فإنه يتصف بصعوبة في التنفس تأتي على نوب تطراخاة عادة ويعقبها بطن في حركات التنفس ستهى بوقوفه مدة نصف دقيقة أو دقيقة ثم يسترد التنفس ويكون في الابتداء بطنا حرا سطحيا ثم يأخذ في السرعة تدريجا حتى يعود إلى حالته الأصلية التي كان عليها قبل النوبة وتختلف مدة النوبة وقد تكرر في كل يوم عدة أيام إلى بعض أسابيع أو أشهر وهذه الظاهرة ليست مطلقة بأمراض الصدر بل تشاهد في الأسقام الشمية للقلب وفي الأنزفة الغزيرة والسكة المخمية والالتهاب السحائي والأورام الدماغية والنوم الكلورفورمي والافراط من تعاطي المورفين إلى غير ذلك وقد تحصل في البقطة أو النوبة أو الكوما وفي مدة النوم تضيق الحدة ويسرع النبض ويبطن في نسبة حركات التنفس وتسبب التنفس الشيمتوكي إلى انبيا المراكز التنفسية للمخ وهو عادة يطن للخطر وسرعة الوفاة

(ثالثا في طرق البحث عن الصدر)

قد صار اتفاق البحث على الصدين من عند استكشاف القرع والسمع والمكوسكو وأما البحث النظري عن الصدر والحس بواسطة اليد فيلزم اهراؤه من أول الأمر ولندكره على هذا السق فنقول
(أولا في البحث النظري عن الصدر) متى تجرد المريض من ملابسه ينظر إلى

صدره لمعاينة هيئته وشكله وحجمه وحركاته فيجلس المريض على راحته مستقيماً بحيث يسقط الضوء على صدره عامودياً ثم بانحراف ويجب تغطية الظهر والكتفين مدة البحث على الوجه المقدم للصدر ثم تغطية الصدر عند البحث عن الظهر ثم تعد حركات النفس في المداينة وأوصافها وطول مدة الزفير والمسافة بين الزفير والشهيق والنفس الصدرى والبطنى وبعد معاينة الصدر من الأمام والخلف يلزم للمعاينة الجانبية وينظر إلى أعلا الصدر فتقابل حركته الحجتين اليمنى واليسرى

ويبحث عن الحفرة تحت الترقوة بأن يصفى الطبيب خلف المريض وينظر إلى الحفرة من أعلا إلى أسفل ليعاين درجة انخسافها أو بروزها أو اختلافها ما نأما يشترط أن يكون المريض جالسا مستقيما كما ذكرنا ويبحث في ذلك عند الأطفال خصوصا لأن مرونة العظام العنقى عندهم يتسبب عنها صعوبة الجاوس باستقامة

ثم لأجل مقابلة نضج الصدر يستعمل السيرة قومية (بحسب هو اللبس) ومن المعلوم أن النصف الأيمن للصدر أكبر من النصف الأيسر بخمسة أحوال وأما الاستئتمار والسيرة ومتر فليس لهما استعمال في الأكلينيك (ثانيا في جسر الصدر بواسطة اليد) متى وضعت اليد على الصدر المجرد من الملابس عند النضج السليم بحسب اهتزاز واضح وقت التكلم (تشبه صوت قلة النطق) يعبر عنه باهتزاز الصوت يزداد متى تكلمت الرئة وينقص أو يزول متى تباعدت الرئة عن جدر الصدر بسبب وجود انكسار بليوروى مثلا ولاجل ضبط تقدير الاهتزاز الصوت يلزم وضع الراحة كلها على جدر الصدر ويؤمن المريض بالتكلم بصوت عال بطيئ وتقابل قوة الاهتزاز في جميع الصدر على التوالي ثم في الأجزاء العليا والسفلى من الصدر وأول من وجه الفكر إلى هذا البحث هو المعلم (رينولدس) (ثالثا في القرع) أول من تكلم على القرع (أوبنجر) ثم (كوفيزان) وأخيرا

(بيوري ١٨٣٨) و (انبروجر) كان يقرع الصدر بواسطة الأصابع منفردة
 أنا ملها في هذا واحد منسطة وكانت يقرع الصدر بالأنامل مباشرة أو
 فوق قميص المريض وهذه الطريقة البسيطة الى الآن تستعمل لمعرفة حالة الصدر
 بالمقرب ثم أن بيوري عيّن أحوال القرع وكان يستعمل صفيحة رقيقة من
 النحاس تسمى بليسميتو يسكها بإبهام وسبابة اليد اليسرى ويضعها على الصدر
 ثم يقرع عليها أما بالملح السبابة والوسطى من اليد اليمنى أو بطريقة مخصوصة
 تسمى بطيعة وهذه الطريقة لاستنباط المريض خصوصاً عند استعماله لأرشاد
 التلامذة إلا أنها غير متبعة في عموم أوروبا وأغلب الأطباء يكتفون بالقرع
 بالأنامل على ظهر الأصبع الوسطى لليد اليسرى فيمل ذلك هنا محل البليسميتو
 ومن الضروري الاعتناء في القرع فيلزم أن لا تتجاوز حركة القرع معصم
 اليد اليمنى ويلزم أن تكون الأصابع المقادعة عامودية حال القرع وبفعل
 القرع نفاة وعلى حسب قوة القرع يقال له القرع العنيف أو السطحي والقرع
 القوي أو الغائر ويلزم اختلاف قوة القرع على حسب سمك الأجزاء
 الرخوة لأنها كلما كانت سميكة يكون القرع بقوة والعكس بالعكس بشرط
 أن لا يتألم منه المريض إلا أن بعض الرخوف وخصوصاً الساق يتألم من
 القرع مهما كان خفيفاً وربما حرك السعال أو البصاق الدموي فيلزم
 تجنبه والاكفاء بالعناية بالنظر والاستماع

ثم إن الصوت الذي يتولد من القرع إما أن يكون أصمّ أو زائفاً وكل منهما درجتان
 فيقال أصم صرف أو تحت أصم ويقال زائف صرف أو طلي وبالحديث عن الصلابة
 السليم يسمع الصوت الزائف تحت الترقوتين وتحت الأبطان وتحت اللوحين
 من الخلف ويسمع الصوت الأصم في هذا القلب والكبد وفي حدود الأضحية
 يكون الصوت تحت أصم

ويكون الصوت تحت أصم أيضاً في الحفرة فوق الشوكه وبين اللوحين
 وحيث أن درجة صوت القرع ليس لها قاعدية عند الجميع فترى الصوت

أعلى رنانية مثلاً عند خيف الجسم وأقل رنانية عند السهين الضحل فيلزم مقابلة
الصوت في الجهتين في النقط الخاصة ليعلم الفرق بين الجهة السليمة والمرتفة
وبعضها في وقع الصرعة الترقق حيث أنها في الثاني على السهين وإذا كانت
الحفرتان أصحيتين فيقابل صوتهما بصوت القرق تحت الأبط الإيخ وعند قرق
الظهر يلزم تعذب زناحي الرقبين أمام صدره بقدر الأمكان لأجل اتساع المسافة
بين اللرجين وسهولة قرقه ويلزم اجتناب القرق على العظام كالترقق والقص
والأضلاع لأن قرقها يحدث صوتاً ثانياً ينفخ إلى الصوت الطبيعي ويغير عنه
بالصوت العظمي وهو يقرب من الصوت السمي بالانهاء المشعور

واختلفت الآراء في تفسير رنانية القرق فالبعض ينسبه إلى رنانية الشب
الموسطة والكبيرة (ج) والبعض ينسبه إلى اهتزاز القصص الصدرى
(بريستو) ويقول أنه كلما كانت جلد الصدر سليمة كان الصوت أوضح ولذلك
يضعف الصوت عند المصاب برانشيم واج في العامود الفقري أو الأضلاع
وأما الأصمية فتفسر بعدم حصول الاهتزاز الذي يولد الصوت

وخلاف الصوت الأسم والرنان ودرجاتها يتولد من قرق الصدر في بعض الأحوال
أصوات أخرى كالصوت الرلبي وموت الانهاء للشعور

أما الصوت الرلبي فهو صوت مخصوص يوجد وبعده أو يكون مصاحباً للصوت
الأصلي وهو يشبه الصوت الذي يسمع عند قرق المسدة الممتلئة بالهواء أو
بالصوت الذي يحصل من ضرب الخد المستفخ بالهواء بواسطة الإصبع بقوة فهو
حينئذ صوت فوق الصوت الطبيعي والصوت الانهائي للشعور فهو يشبه صوت
ضرب العملة ببعضها أو الصوت الذي يحصل من صفق اليدين على بعضهما بالراحة
فانضرب يظهر أحدهما على الركبتيين ويفسر هذا الصوت بخروج الهواء من
القرع من فتحة ضيقة وأول من ذكره لانيك

وخلاف الصوت الذي يسمع من القرق فإن الطبيب يستشعر بأصبعها اختلاف
درجة مقاومة الأجزاء في النقط المختلفة من الصدر

ثم ان الاصوات المختلفة التي ذكرناها في الاكلينك حصول تنوعات يلزم تفسيرها
فالصوت الاعم مثلاً هو كالثق الوتيس النسيج الرئوي او منقطه تحت انسكاب البلور أو
أو خلافة والاصمية في الانسكاب البلور أو أقوى من غيرها وتضميمها مقابلة تحت
الاصم أكبر من غيرها لخصوصها اذا كان الانسكاب غزيراً والصوت الرنات
الطلي هو عادة حالة انقباض يابوية في الرئتين أو انسكاب هوائي في البلور واجتماع
الصوتين الاعم مع الطلي والقت طلي والعظم يشاهد متى حكوت تجاريف عارضية
والنسيج الرئوي وحال بينها وبين الجدر الصدري طبقة سمكية من نسيج الرئة الكثايف أو
عن البلور السمكية أو متى انكب الهواء في تجويف البلور وكات البلور اسمكية
متكاثفة ونحو ذلك

وقبل الانتقال الى السمع نذكر هنا ظاهرة تشاهد حالة القرع عند الانخام من الغشاء
الجسم جدار وهو حصول تقلص في العضلات التي تقع عليها القرع وخصوصاً في
العضلات الصدريه الكبيرة فيحصل انقباض على هيئة عقدة مستديرة يتد من محل القرع
الحافة المضلة على هيئة موج العروق قال بعضهم ان هذه الظاهرة خاصة بالسل
ولكنها ظاهرة فيلوجية تشاهد عادة في العضلات في حالة النهوكة المتقدمة
(رأبما في السمع) السمع يكون بالأذن وحدها مباشرة على جدر الصدر المغطاء
بطبقة من القماش فقط وأول من تكلم عليه (الانيك) يفضل في قسم الظهر لأنه
يعان بحالة الرئة واتساع كبير وسرعة الاجراء به قواهم المريع الذي لا يمكنه الجلوس
في الفراش الا بساعة الغير ولكن في اغلب الأحوال يستعمل الطبيب السماع بانواعه
اما السماع البسيط سواء كان من اللعوت أو الخشب فالاحسن منه ما كان من قطعة واحدة
بدون مفصل لأن الصوت العاصل الى الأذن يكون به أقوى ومن العلوم ان تجويفه لا
يقصد به توصيل الصوت بل الغرض منه خفة السماع وان معظم الصوت يصل الى الأذن
بواسطة جدر السماع ويستتط في استعمال السماع المذكور تخديم قاعدة على جدر
الصدر وعدم الضغط عليه بالأذن بدرجة تؤلم المريض كما أنه لا يلزم الضغط على
جزء من قاعدة بدرجة أقوى من الضغط على الجزء الآخر ويلزم وضع السماع أولاً في المحل

المقصود ثم حكيم الأذن عليه ولا يفعل العكس أي لا تخرج الأذن عن السماع قبل تركه في محله حسب الإقتضا

بأن السماع ذو الإلزام سواء كان قريبا (أي لأذن واحد) أو من دونه وبالاعتماد في معناه فإنه يحتاج إلى قود مخصوص لأنه يقوى الصوت جدا وأقل حركته تحصل في اجزائه أو تلامسه تحدث دوتا يكدر الصوت الصدري وبالنسبة لكبر حجمه يزحم الحكم في حمله ولكنه أريح في سهولة البحث عن اجزاء الصدر المختلفة بل ولجانبين والظهر بدون تحريك الرئتين بقوه ولا اجلاسه ويفضل استعماله إذا كانت الأصوات ضئيلة جدا أو شكوكا فيها وفي البحث عن القلب والحفوة وأوعية المنق والحفر فوق الشوكة

وهكذا كان نوع السماع يلزم الاعتناء بإبعاد ملابس الرئتين عن ملاسته والقرب منه وإذا كان في الجدار شعر لم يحصل منه فرقة تكدر الصوت فتدرك ذلك بتغذيه (في استماع التنفس) من المعلوم أن التنفس الطبيعي يسمع له خير يعبر عنه بالنفخ التنفسي أو الحويصل الطبيعي وهو يشبه سير النسيم الخفيف ونفخ الشفق الطويل وأقوى من هم الزفير الذي لا يكاد يسمع عادة ويتصل بالزفير حالاً ويختلف النفخ التنفسي في حالة النوم على حسب الانحنا فمن المفضولة يكون أقوى ولذلك إذا شوه عند الكهل عند أسباب مرضية يعبر عنه بالتنفس الطغلي ويكون قويا عند انخفاض البنية وخفيفا عند السمنة ذوى العضلات القوية ويكون خفيفا جدا حتى لا يكاد يدرك عند بعض البنية الطبيعية وتختلف قوته في اجزاء الصدر المختلفة وحيث أن النفخ التنفسي يكون في رتبة في رتبة القعر فيمكن أن يطبق عليه ما سبق ذكره عند الكلام على القعر اعتماد النفخ يكون في حلقه الرئوية الأقوى والأهمية يوافقها ضعف النفخ أو قوته والانبساط الجنوع الرئوية والصوت التنفسي متشابهة

ويوجد في الحالة الطبيعية الغاط أخرى تسمع في حال عدم ردة يلزم معرفتها وتلك كالنفخ الذهبي أو الأنبوبي الذي يسمع في الظهر في المسافة التي بين العجيين وخصوصا في الجهة اليمنى وعمازة اتصال الفقرة السابعة العنقية بالأولى الظهرية وفي مقدم الصدر أسفل

أسفل المصبل القصي الترقى وفي محاذاته لاسما في الجهة اليمنى عند النساء ويتغير النغم القصي من النفسى بكونه أقوى منه والنغم الرفي في قوة النغم الشبهى تقريبا وبينهما مسافة واضحة ويسمع النغم القصي بدرجة أوضح مما ذكره السماع في محاذاته القصبة الهوائية وأوضح من ذلك في هذا الموضع

وإذا كان الشخص طريح الفراش بأي سبب كان وصار الحث عن صدره لاسما في هذا القاعده يرى ان النغم النفسى مزوج ببعض فرقة تشبه الفرقة للرؤية وتميز بكونها نفس الشخص لا تزل بقوة مرهين أو ثلاثة لأنها كانت ناشئة من هبوط بعض الخلايا الرئوية فقط لعدم استعمالها

الوقوف

ثم أن يميز النغم النفسى الطبيعى من النغم الشعبى المتعلق بالآفات المرضية هو المقصود بالذات من النغم الصادر أما النغم المرضى المتعلق بالالتهاب الشعبى والآفات الشعبية فإنه قد يكتب حدة زائدة فيصير صغريا أو موسيقيا جافا أو معصوبا بخار مختلفة خفينا أو قويا بحيث يسمع على بعد وأما النغم المرضى المتعلق بالرئة فإنه يكون عادة في نسبة الاسمية ويصحب كأذ الرئة ويسمى أو منقطها أو تكون فيها تجاويدا ويصنفها بفتح النغم والشهيق والرفير سواء وانفصلا لهما بمسافة واضحة وعلى حسب أوصافه أعطيت له أسماء مختلفة فإذا كان يشبه النغم في انشوبة يسمى بالنغم القصي أو الأنشوبى أو الشعبى وينسب النغم المذكور لمزود الهواء والحجرة واحتكاكه في حذاء الأبال الصوتية ووصول الاهتزازات الصوتية إلى الصدر وقد يشبه النغم في دورق فلانغ فيسمى بالنغم الزلجى أو البلاصى

وخلاف ذلك تسع في الصدر الغاطس عارضية لأنشبه النغم الطبيعى ولا المرضى وذلك كصوت الاحتكاك البلورى والفرقة أو الخار الشعبية التي تكون إما جافة شبيهة بفرقة ملح الطعام فوق البحر وإما أن تكون رطبة شبيهة بمرور فقايع الهواء في المبادىء وإما أن تكون زفانة موسيقية وإما أن تكون مخاطية شبيهة بالغرغرة والنظر بحجم الفقرة يقال لها صغيرة ومتوسطة وكبيرة وقد تكون قوية بحيث تسمع على بعد كالحفر القصية كخبرة وتنسب الفرقة والخار الحاربي الهواء في المادة المخاطية والسائلة

للشعب فكل فقاة هوائية يحصل منها فرقة واحدة ويعينهم (تزاوبا) فيسر
الفرقة بأذن الغشاء المحاط بالشعب متى كان هابطا على نفسه وسطه ملتصقا ببعضه
فإن انقعاها انجأ في عقب الحركات أو مرود الهواء يحدث الفرقة للصوت
(في استماع الصوت) باستماع الصدر في حالة الصعقة وقت التكلم لا يسمع إلا دوي
لاتصرفه الكلمات إلا في الجزء العلوي من الظهر على جملة المسافة بين اللوحين
فإنه قد يفسر في الدوي بعض الكلمات كما إذا وضع السماع فوق القبة أو الحنجرة
فإن فسيروا الكلمات يكون أضع وأما في بعض الأحوال المرضية فإن استماع الصدر
يوصل إلى الأذن صوت الكلمات واضحة بدرجات مختلفة فاما أن يتبين لنا أنها
مادة من محل بعيد فيقال لها الصوت الشعبي أو التكلم الشعبي
وأما أن يتبين لنا أنها واردة من الصدر تحت السماع فيقال لها الصوت الصدري أو التكلم الصدري

وليسمى التكلم الشعبي عادة مع الفصح الشعبي أو اللبني متى كان فيجب الرنة
متكاثرا أو مضغطا ويسمى التكلم الصدري مع الفصح اللبني متى كانت الرنة متذبذبة
النسيم وفيها تجويف فادع ويسمى التكلم الصدري ما يفيض من تكلم المريض بصوت
الوشوشة وقد فسروا المثلثون حصول التكلم الشعبي والصدري بأن تكاثف
الرنة يجعلها موصلة للصوت بأقوى درجة من الرنة الاستغنية في الحالة الطبيعية
وقد يتنوع صوت المريض تحت السماع فيصير أكثر حدة كأنه فحشى متقطع يشبه
صوت المنزول ذلك سمي بالصوت المعزى ويقع عند نطق بعض الحروف كحرف ج
الفرسايه ويكون أقوى من حرف خ وأقوى منه فحرف و وأما حرف *cc*
فإنه يكون قليل التوضوح ولا يسمع الصوت المعزى إذا غشى المريض أو ضرب المزمارة
وسنعود لذلك عند الكلام على الانسكاب البلعور أو

(المبحث الأول في الاحتقان الرئوي)

الاحتقان الرئوي كغيره من الاحتقانات ينقسم إلى قوارى وأخصاسي
أما الاحتقان القوارى فيحدث إما من استنشاق الأبخرة المهيجة أو من الانتقال
من البلعور

من الجو الساخن إلى البارد فجاء أوجا العكس أو من وجود آفات معينة في الرئة كالأورام
والدور ويعقب انقطاع الشهوة الطبيعية كالثلث والعاشرية القديمة كالواسير
ويحصل بفعل منعكس من الحرق ويصيب بعض الأمراض العامة ويزيد فظوها كالحصا
الطغية والأجامية والنفوذية والروماتيزم والقرص وقد يرافق الأمراض الحية
كالترنيد الخ واللين أو يرافق عرض عضوي كالاسترويا

وأعراضه هي عسر التنفس والسعال وألم الجنب المختلفة والشدة على حسب درجة
الاحتقان فإذا كان الاحتقان قويا يحصل في الغالب ترنيد رقيق مصحوب بنبض دموي
ويشتد عسر التنفس إلى درجة الأسفيسكيا وتوجد بالسمع علامات الاحتقان
الشعبية الرئوية والأوزيميا وربما هلك الرئتين في مسافة بضع ساعات

وأما الاحتقان الاحتبائي ويسمى أيضا بالالتهاب الرئوي الكروي فإنه يفتأ عادة
من آفات القلب أو يعقب الرقاد المستطيل وأعراضه بطيئة السير وتقصه عادة
أمية وتقصه زيادة في صوت التنفس تقرب من الفخ الشعبى ويتضاغط عادة
بالأوزيميا الرئوية ويعقبه نضج متلون يؤثر على جدر الخلايا الرئوية ويشترتها
البلاطية ويكتب نسيج الرئة الهيئة الطحالية بمعضانه يعبر منه مجاميرا

ويبلغ الاحتقان القاردي بالفضد العام والحجامة الرئوية وأما الاحتقانات
الاحتبائية فيحتاج لمعالجة الآفة القلبية الأصلية القسبية وتغيير أوضاع
المرضى الطريح الفراش لمنع ركود الدم في الحال المتحدرة من الرئة
(المبحث الثالث في أوزيميا الرئة)

أوزيميا الرئة هو اعتلاء الخلايا الرئوية والنسيج الرئوي بنضج معلى ويصحبها في
العادة احتقانات الرئة الكروية أو القاردي وبالنظر لشدة الأمراض يعبر
عنها بالأوزيميا الحادة أو المزمنة أو بالسكة المعصلية للرئة وبالنظر إلى محلها
تكون الأوزيميا عامة للرئة أو الرئتين أو حوزية

(الأسباب) جميع الأسباب التي تحدث الاحتقانات الرئوية تنسج للأوزيميا
أو تحدثها كآفات الصمامات وضعف القلب اليمين والحيات المضعفة للقلب

الوجية للرقاد المستطيل ودا (بريت) وتصلب الاوزيا بالامراض الموضعية للرئة
ايضا كالالتهاب والاورام وتعلق الاوزيا في بعض الأحيان بأمراض الدم التي
توجب فيه نقص الزلال كالأكسكيات أو تعقب استنشاق الغازات المسهية كأوكس
الكربون

ويمكن مشاهدة الاوزيا الذاتية للرئة بعد شرب الماء البارد أو الاستحمام
به والجسم حار فيصفى به في وكذا الرئة وتغير درجة الحرارة الجوية الباردة
(الشرح المرضي) اذا كانت الاوزيا عامة لا يميز بينها عند فتح الصدر انها
متراصة في النجم مستحقة حتملا وفائدة الاوزيا الطبيعية بدرجة مختلفة ونحفظ
اثر الاكسجين بعد الضغط عليها الاصباء اذا كانت الاوزيا قلبية بحيث تفقد مرونة
الرئة بالكلية وبالشق يبل متراصة او مائع وغري غري سبيغرينا أو حمري وردي
أو يكون مفرغاً خالياً أو سري أو يكون الشجيرة الرئة كما في صمغ ولحم انا يكون سهل
الذوق

(الاعراض) تنقص الاوزيا بعض النفس وسرعة ولحمتان الدمعية السياتورة
وتنقص لمس وسياقوز الوجه والتنفس وحصوله انعاشات أو انباضة عضلية
تسبق الموت بالإسكيا

وينسب عن الأوزيا في الابتداء سعال يعقبه انقباض مائع وغري، وأقشبه
بالزلال المنضوب أو ماء الصابون أو يكون حمرا أو مخضلا بالدم ودمه نادراً
وبالجث عنه بالميكروسكوب يوجد عدة نمار سبيغرينا وبيج بين سبيغرينا وبعض
كرات دموية متراصة أو قيعية ولبعضها بيا بشرية ولا ينفذ هذا الصنف في الغزير بل
يعقبه صنف المسعال وتراكم الحصل في كلالها الرئوية والنسيج الرئوي الذي يورث
الى الاحتراق

وبالتفريع تكون الرئوية محفوفة في الاصابة اوقية وقليلاً ثم تتورط في الغشاء
الرئوية ويستتبدل أكسدة وانسجة سبيغرينا في ذاتها بالعموديات والانسجة لا يوجد
في الاصابة خرافة مسنون أو متوردة أو كين من حيث قد جرت في انبساطها
الرئوية

الرؤية والشعب الصغيرة ومنه تفرعت الأوزيما اسمع القسطنطيني
 (التشخيص والأفكار) أوصاف البصاق والعلامات الطبيعية تكفي لتشخيص الأوزيما
 وانتذارها عادة فتشيل لأنها ربما تقتل الشخص فجأة في شكلها السكتي ويتعلق
 خطرهما أيضا بالسبب المرضي الذي يحدثها

(المعالجة) المعالجة الوافية مهمة جدا في تدارك حصول الأوزيما الرؤية المتابعة
 لأمراض القلب ولحميات مثلا فمطى الأدوية العقلية ويغير وضع المريض لأجل تجنب
 ركود الدم وتدارك أوصال الأوزيما المتابعة لهذا (بريت) بالمعوقات ومددات البول
 والسهلات الشديدة

وأما المعالجة الدوائية المتضمنة تقوية القلب فهي بالأمانة والمنهات وتعاطي
 المنقذات لأجل سهولة خروج المصل من الخلايا الرؤية وتوضيم المحولات على الجدار
 كالطعام الجافة والحزول والحمامات القديمة والبدلة والدلاء الجاذ أو الكوكي
 (المبحث الثالث في التزيف الشعبي، الرتبة والثالث الدموي)

التزيف الشعبي ينشأ من الأوعية الشعبية سواء يحصل بسبب الغشاء المخاطي
 القصبي الشعبي أو التزيف الرؤية ينشأ من الأوعية الرؤية ويحصل في الشجيرة الرؤية
 نفسه أي في الخلايا الرؤية وأما الثقب الدموي فيلوي من خلف الدم الخارج سواء كان
 منشأه الحفرة أو القصبة أو التزيف الشعبي أو الرؤية

وأما لفظ سكتة رؤية فهي كلمة ليس لها معنى ويلزم رفضها هنا
 (الأسباب) التزيف الشعبي ثوراني، فإذا زاد جميع الأسباب المزعومة "الأسباب"
 الثوراني قد عرفت كالتوردي والجهر والاسهال وتغييره في بعض الحالات
 أو اعتبار كذا لواسير أو سقوب أو اندزا الشعبي أو الالتهابات والتمزقات
 الشعبية أوية لق بمرحوم، أو موى كاذب رفرور أو الإيموفيا أو بعض
 الأحيان بنسبة "مزقة" أو "رؤية" أو "نفسية" "هوائية"

وأما التزيف الرؤية فهو من الأسباب الرئيسية هوادة في الصدر
 المتوال والاستبسكيا التي تحدث بإذن (الزرسون) تم الأمراض التي

عقدت ميوعة الدم وفساد الاوعية كالحيمات الطخمية (المجهرى الاسود) والرقاقات
الحيث وأما التزيف المتعلق بدء (بريت) فلا تعلم أسبابه حيثئذ
وأفات الصمام المتأثر تكون وحدها في الغالب سببا وحصولا للتزيف الرئوى لأنه يعقبها
احاذة البدور الرئوى وخفامة القلب الاين في بعض الأحيان متورقها فسادا لأوعية
الشعيرة ولساقتها فانها تسبب التزيف الرئوى وكذا السدد السيارة الصادرة عن
الأيين الاين قد تولد التزيف الرئوى ويشاهد التزيف الرئوى ايضا في غنغرينة
الرئة وأورامها وجروحها

والتزيف الرئوى أكثر حصولا للرجل عن المرأة ويشاهد غالبا بين سن ١٥ و ٢٠
(الشرع المرضي في التزيف الشعبي) تكون الآفات سطحية عادة ويكون الغشاء
المخاطي إما أوعثقا والانياب الشعبية خالية من الدم أو محتوية على بعض
جلط دموية كثيفة أو قليلة

وأما في التزيف الرئوى فالآفات عديدة فأما ان يتروى النسيج الرئوى ويجمع الدم في
جورة وربما تتروى البلبورا ايضا وينسكب الدم في تجويفها وهذه الآفات نادرة
(جاندين) ويحلل الدم في الغالب في النسيج الرئوى والمخاطيا الرئوية بدون ان يترقا
فتتخف وتظهر على هيئة نوايات صغيرة مجلسها العادى في قاعدة الرئة من الخلف
وبشق الرئة ترى سطح الشق من هنا عجيبات سودا ناشئة عن انقطاع الدم في الخلايا
الرئوية وقتها وتبعد الشعب الشعيرة والارعية الشعبية الشعيرة ايضا منسدة
بالجلط الدموية وإذا عاش المريض مدة بعد التزيف الرئوى تسمى البورة الدموية بحالة
من أربع فأنها إما ان تجف وتصلب وتضمير فيها نسيجية أو تستعمل الى الحالة المشمية
وتتصرف أو يتسبب عنها التهاب رئوى أو بليوراوى محدود أو تعقبها غنغرينا رئوية
محدودة

(الاعراض) التزيف الشعبي يعقبه عادة نفث دموى فإذا كان مقدار الدم
وافرا يخرج من القفم والانف معا بقوة وربما نزل بعضه في المعدة ثم يخرج منها
بالقيء وقد يصل مقدار ذلك الدم الى بعض ليترات وذلك للرئوى بسرعة وهذا هو المجرى عنه
بالتزيف

التريف الضاعف

ويكون التريف أقل مدة في الغالب فيخرج بالسعال على هيئة دم أحمر قان رغوي طعمه على يسبق من ربع إلى نصف ساعة أو أكثر أو يتفهم يعود بعد مضي بعض ساعات أو في اليوم الثاني وربما تكررت عدة أيام متوالية ولكن القش الأخير لا يسبق الدم فيه قلينا وغويا بل يصير عادة مسودا لزجا غير رغوي لأنه يكون من بقايا التريف الابتدائي

والقش الدموي إما أن يحصل فجأة فيوجب اضطراب الشخص وقوعه وإما أن يسبقه الاحساس بالتقيض الصدر وحرارة خلف القص وفي الحلق وفي بعض الأحيان يسبقه الرعاف وإذا كان التريف عرضيا للطح فإنه يتكرر في المواعيد المعهودة للطح ولا توجد علامات طبيعية مخصوصة للتريف الشعبي غير العلامات للطحنة بالسبب وأما أعراض التريف الرئوي فأنها تتغيرا التريف الشعبي ولا يشاهد فيها القش الدموي غالبا وإذا حصل يخرج الدم مسودا غير رغوي لجهامه نزجا ببعض المواد المخاطية الشعبية ومقداره قليل جدا بالنسبة للتريف الشعبي وقد يستمر ١٠ أو ٢٠ أو ٣٠ يوما متوالية.

وبالتفرع إذا كانت البورات الدموية كبيرة أو سطحية توجد أصمية مختلفة وبالسعال يوجد قمع وصوت شعبيين والالتهاب الرئوي التالي للبورات الدموية قادر والقش الرئوي وتزول البورات بعد عوارض خطيرة

ولا يبقه إلا بقايا الرئوية البسيطة حصول الدن في الرئة كما زعم (فيما مر)
وعلى العموم متى كان التريف الشعبي الرئوي غزيرا تشاهد أعراض العقل الدموي المعتادة كهامة الوجه وصغر النبض والعرق البارد والاعياء وعسر النفس التي تختلف شدتها باختلاف السبب

(الشخصي) لا يسهل تشخيص التريف الشعبي الرئوي إلا بالقش الدموي ولكن يلزم تمييز منشأه هل هو من الصدر أو من المعدة أو من الرعاف وقد سبق ذكر أوصاف الرعاف وسند ذكر الأوصاف المميزة للتريف المعدي فيما بعد ثم متى ثبت أن القش

٤٠ جر شراب الراتانيا ٤٠ جر وماء رايل ٢٠ جر) اولى شوش ماء رايل
بالارجنتين ٤٠ جر او تعطى له المكحات الافيونية واذا لم يتفقا لتعريف يمكن وضع
مئانة ملقوة بالجليد على صدره وفصل حقنة تحت اللسان من الارجنتين (١ جر
ارجنتين ايضا)

وبعضهم يوصى بوضع حراقة على القصى اوفى هذا محل الاحتقان والاحسن وضع
عجول على الاطراف السفلى كالحاجم الجافة ومحجوز ولتوجد
واذا كان التعريف الرئوى متعلقا باذنى القلب سقطى الديجيتال واحدتها اومع
البلاونا

المبحث الرابع والالتهاب الرئوى اللينى الحاد

مضى قيل التهاب رئوى فقط بدون تعيين نوعه يفهم منه عادة أنه الالتهاب
الرئوى اللينى الحاد أى الغضى اللينى موكوكى وهو المقصود بالذات هنا
وأما باقى الالتهابات الرئوية فلا بد من تعيين نوعها فيقال مثلا الالتهاب الرئوى
الغضى الحاد الالتهاب الشعبى الرئوى الذى يعقب الالتهاب الشعبى الشعبى غالبا
والالتهاب الرئوى الصديدي العفن الذى يعقب السدد العفنة والالتهاب
الرئوى الجرحى الذى يعقب جروح الصدر أو وجود الاجسام الغريبة والشعب
والالتهاب الرئوى الاحتباسى أو الموكوكى أو الانحراشى الذى سبق ذكره فى
الاحتقان الرئوى والالتهاب الرئوى المزمن اعما لا سكليروزى أى سبيروز الرئة
والالتهاب الرئوى الحصى المتعلق بالسلس الرئوى وستنكلم على هذه الانواع قريبا
فى مواضعها

(المشريح المرضى) الالتهاب الرئوى حبيب الرئة الذى اكثر من اليسرى كنسبة ٥
ويكون فى جهة واحدة اكثر من الجهتين فى نسبة ٣ وعجسه غالبا وقاعدة الرئة
فينتج من ذلك ان التهاب قاعدة الرئة اليمنى هو الأكثر حصولا ثم يأتى بعد
التهاب قاعدة الرئة اليسرى ثم التهاب قاعدة الرئتين معا ثم التهاب القصى
العلوى للرئة اليمنى واخيرا التهاب قمة الرئة اليسرى وفى النادر يكون مركزا

ويكون الدم في التهاب الرئوي كثير اللين بحيث يزيد مقداره عن المعتاد مرتين أو ثلاثاً

واعتماد المؤلفون من عهد (الانك) على تقسيم الالتهاب الرئوي الى ثلاث درجات الاحتمان والتكبد الاخر والتكبد السخاني

أما الاحتمان فإنه يعصف بشدة ولونه الغامق واستفاح النسيج الرئوي وارتشاحه الاورنيماوي بحيث اذا ضغط عليه يحفظ اثر الأصبع ويوجد الازيز فيه متافها ويسيل من تحت شدة سائل عموي رقيق وبالحجث بالكوكسكوب توجد الاوعية الشعرية المتوزعة في جدران الخلايا الرئوية تحتة جدا ومتعدة ومتعوجة ومغطاة بانسكا دموي تغطي بين الضفيعات وتحت البليورا ويقع منها مع للعسل الدموي سكرات حمر أو بيض وتوجد البشع منفصلة وخلاياها مستحثة جيبية ومدة هذا الدور من يوم الى اثنين

وأما التكبد الأحمر فإنه يعصف بكثافة النسيج الرئوي ويكسبه واكتسابه ثونا أحمر داكنا متجانسا ويفقد الازيز فيه تحت الضغط بالكليية ولا يسيل من الشق الا سائل قليل جدا ويتنق بسهولة لهشاشته ويفطس بسهولة في الماء مخلو من الهواء وقد يصل ثقل الرئة الملتبته الى ١٠٠ جرام أو أكثر بدل ٦٠٠ جرام الذي هو ثقلها الطبيعي وبالتأمل سطح الشق يوجد غامقا حلييا ورحم الحبيبات نحو واحد مليمت ينشأ من تمدد الخلايا الرئوية وثقتها وامتلائها باللفظ المنفقد وينب اللون الأحمر هنا للاحتقان الشعري ونفع الكرات الحمراء خارج الاوعية ولذلك يهت اللون بالخييل ويصير سخانيا مصفرا

وبالكوكسكوب يوجد خلاف تمدد الأوعية واحتمانها امتلاء الخلايا الرئوية بمادة ليفية منعقدة ومتخللة بالكرات الدموية والخلايا البشرية وبعض كرات قهيه وقد يمتد الارتشاح الليفي الى الانابيبي الشعبية الشعرية ويوجد الميكروبي المسمى نبوموكوك مرافقا لهذا الارتشاح ومدة هذا الدور من ٣ الى ٥ أيام

وسعت هذه الحالة بالكبد لاكتساب الرئة هيئة نسيج الكبد ويلزم تمييزه عن
النظير أي اكتساب الرئة هيئة نسيج الطحال كما شاهد عقب الالتئام بالتراب الفصيص
للرئة وعن التمزق الرئوي أي اكتساب الرئة هيئة الكتلة - العضلية كما شاهد عقب
الالتئام الرئوي المزمن وسنعيد الشرح على هذه الآفات التشريحية في محلها
ويتمتع التأكيد أما بالتفصيل فتصير المادة اللبنة حمضية وتنتفخ الكرات وتذوب
وتتصم مواد الارتشاح بعد ذلك بواسطة الأوردة والأوعية الليمفاوية أو
تخرج مع البصاق ويشق الرئتين ولكن نسمي الرئة محقرة ونهبها متبسا طليلا
وفاقدًا لمرونته مدة مستطيلة - (رئيد فلايش) وإذا لم يحصل التقليل ينتهي التكدس
الأحمر بالنسيج

وأما التكدس السجاني أي التقيح فإنه يعرف باكتساب الرئة لونًا سجايا محمرا أو سجايا
مصفرا وارتقاء نسيجها بعد كافتة وفقد سطح شفافيتها هيئة الخبيبية وسيلان سائل
قيحي مبيض منه بالضغط عليه وترداد هشاشة النسيج وبالميكروسكوب توجد الخلايا
الرئوية مملئة بالكريات البيضاء والقيحية وترشح جدرانها ناعما بالكروا البيضاء بعد
أن كانت سليمة في التكدس الأحمر وأما الأوعية الشعيرية فتكون خالية من
الدم وبعضهم ينسب ذلك لضغط متصلا لا فراغ عليها والمعلم (رئيد فلايش)
يقول أنها لم تزل قابلة للحقن وإنما فراغها من الدم ينسب لوقوف حركات القلب
والدورة في الميت وعلى كل حال فاجتماع الصديد هنا على هيئة خراج لا يشاهد
إلا في أحوال استثنائية ولا تشاهد التعيينات هنا إلا نادرا (فاج) وتكون
البليورا في حذاء الالتئام الرئوي غالبا ملتصبة كابية ومنقطة أو
أبيكموزية مغطاة ببعض أغشية كاذبة ولا يحصل فيها الانسكاب إلا نادرا
ويصلب الالتئام أيضا إلى الأنايب الشعبية قمتلى بالتقيح اللين مثل الخلايا
الرئوية

ويصحب الالتئام الرئوي عادة التهاب الأوعية الليمفاوية وعقداتها
واعتواؤها أيضا على ليفتين منفعد متخلل بخلايا بشرية وكرات دموية

حمراء أو بيضاء

ومنى كان سير المرض سريعا لا تشاهد في الحمة سخافة وبسبب غليظ الغشاء الروى فيها وقد يكون العضلات مصابة بالاسهالة النخعية أو تكون جافة ومجرة بلزن لحم الخنزير والقلب الاين خاذا من الدم والايستون الجيلات دموية ليفية مصفرة ونسيج القلب باهتا رخوا هشا وبجفاليما فة مجرلا الحالة شحجية وتوجد الاحشاء البطنية محمقة والكبد مستفكوكذا الطحال والكلا وأما الخ فانة يكون غالبا محمقا وفي النادر انيا ويا

واما ميكروب الالتهاب الرئوى فهو الينوموكوكى الذى استكشفه (فريد لندر) ويقصف بكونه اليفضاوية المدية العرفين الحاملة بحمضه غالباً على هيئة سلسلة ويصحبها عادة ميكروب التيج وتكون بسهولة بالانيليز ولكن تليتها صعب وتحتاج الى درجة حرارة بين ٥٠ و ٥٥ لاجل تخلصه وبشاهد البنزوكرك المذكور دائما في دورة الالتهاب الرئوى وفي العقد الليفية المصابة والبقا كى ان يشاهد اذ يذاب في الالتهاب الليفى الينوموكوكى النعجى والبيوراوى والثامورى والسحائى والكزى وكثيرا ما تشاهد الاقائد التشريحية لهذه الاعراض مرحلة للالتهاب الرئوى وقد يصحبها التهاب الكبد والبريتون والحجاب المصغف التحصيل عادة بالمجاورع

ومدة دور التعرج بجمولة فبعضهم يظن انها قد بين حبات صغير في بعض ساعات والبعض يزعم انها قد تصل الى يومين (فلين) أو أكثر

(الاعراض) يندرجا سابقا لالتهاب الرئوى باعراض هم كاسلل والتكسر أو حركة حمية خفيفة أو عاف والغالب أن الاين يترشدين فجأة اما بالمنهاد والمريض في سقله أو بالليل فيستيقظ المريض بقشعريرة شديدة مستحيل تستمر من نصف ساعة الى بعض ساعات وتوجب اصطكاك الفكين مع الاحساس ببرد شديد ويصحبها أو يعقبها حالا ارتفاع درجة الحرارة الى ٣٩ أو ٤٠ وما فوقها وكلما اشتدت الحمى تقمع أعراضها فيقتد الوجه وتبرق الاين وقضل ويترى العطش ويحس المريض بتالم واخطاط عام وليس مع منه به أو يقل العول ويتركون وفي بعض الاحدا تكبد القشعريرة بخفيفة جدا كذا ان يترى في بعض الحالات ما ذكره في هذا المرض في الالتهاب الرئوى التامى

التابع أو الضاعف لأعراض أخرى، ونصب الحمى أحيانا سيما عند الاطفال حرركات تنفسية أو قيء
وتسرع النبض بنسبة الحرارة وقد يصل الى ١٢٠ او ١٤٠ في الدقيقة عند الكهل والى ١٥٠ أو ١٨٠
عند الطفل وأما عند الشيخ فسرعته خفيفة عادة ويشكى المريض بعدد شعور شديد وكسر
في الأطراف وتقلد الشهية وينفخ اللسان بلطفة غنية مبيضة وتفتح باقي الأعراض التي
تنصب الحمى على العموم ولكن يحس الجلد يستشعر فيه جراحة جافة محمرة لا تشاهد هذه
اللدونة في باقي الحيات (أويسون)

وبعد مضي نحو ثمانية ساعات بعد التشعير يظهر الألم في الصدر والسعال والبرصاق
الدمع وعسر النفس وسرعته اللهثية القويحة تقطع التكلم وبالجموع عن الصلوات توجد
العلامات الطبيعية التي تستقر الى غاية تحليل الالتهاب يحصل الجراث في اليوم الخامس أو
السادس بعد التشعير في الأحوال الحميدة ويتم الشفاء عادة قبل تمام الأسبوعين
ولشرح الآت الأعراض المذكورة بالتفصيل فقول

أما الألم فجلسه عادة يجوار حمة الثدي أو تحت الإبط وقد يحس به في قاعدة الصدر بقرب
القلب أو في الخصر فوق الشوكة أو في جهة مضادة لجلس الالتهاب وقد يبدئ مبكرا بعد
التشعير يعجز ساعات وقد يفتقد الكلية عند الشيخ والعادة أنه يكون شديدا بعد
لا يطاق وحيث أنه يزداد بأدنى حركة يرى المريض مجتهدا في تثبيت أضلعه بالصفد
عليها بيديه ويحس بجذعه جهة الألم كاستغراب الأضلاع من بعضها بعدد الامكان وأحيانا
ينداد الألم بالازدياد أيضا فتمريض يمتنع الشرب ويرجح عليه العطش وجفاف الفم
وأما السعال فإنه يظهر تقريرا مع الألم ويأقعه ويتنوع به لأنه يزداد في حركة الألم فيلزم
المريض بايقاف سعاله ومنعه أو تقطيعه بقدر الامكان وما يزيد في صعوبة السعال
نوع البصاق والخفوس بالالتهاب الرئوي فإنه قليل المقدار نادر ومتكون من مادة مخاطية
وعفوية لزجة لا تخرج إلا بلعوض وتندرس في الحلق فيكون المريض يبالغ في بلع المريض
غاليا استعماله عندئذ لاجل استحقاقه طسوة فسيكون السعال المبهمة بحيث يمكن
تداعيه دون سقوطه منها ولون السعال في بعض الحالات يختلف باختلاف
سائر الأمراض الموجودة فيه فصار كذا في ذلك غائبا في بعض الحالات كالحديد والذئ

يعبر عنه بالبصاق الصلب في مراح يكون مصفيا هنا كما لكهيا أو قشر التفاح أو يكون
بالعكس حمرا جذا شبيها بالأجر الجروش أو بالدم العروق ولكن التفت الدموي الحقيقي نادر في
الالتهاب الرئوي وحصوله يعلل غالبا بوجود الدث أو الفورفور أو داء برات ولا يتوقع
الانذار عادة

وبالبحث عن البصاق يوجد فيه خلافا لمادة المخاطية اللزجة والكوات الدموية والمخاليص
البشرية بعض انفقادات ليفية خيطية صادرة من الشعب الشعية وكثير من كلورور الصوديوم
وتوجد فيه الخلايا البيضاء البنيوكوكية

وأما عسر التنفس فإنه يظهر من ابتداء المرض ويصير لهيا وبقير زيادة سرعته بالنسبة الى
سرعة النبض فغوضا عن ان توافق كل حركة تنفس اربع نبضات أو اربعا ونقصا كما هو
العادة يرى ان كل حركة تنفس لا يوافقها هنا الا ثلاث نبضات أو اثنان فقط حتى في
بعض الأحيان لا يسمع عند الشيوخ المصابين بالبروم القلب ربما يكون عدد الشيق
موافقا لعدد النبض أو أسرع منه (ولش) وفي المادة تصل حركات التنفس الى ٤٠
أو ٣٠ في الدقيقة وقد ترتفع الى ٧٠ أو ٨٠

ثم أن كلامي الألم والسعال والبصاق يفقد غالبا عند الشيوخ ولكن احمرار الوجهتين
وحفاف اللسان وعسر التنفس وتلطيف درجة الحرارة نوعا في الصباح يعان بأصحابه
الرئة وفي الحالتين يلزم البحث عن الصدر لاستكشاف العلامات الطبيعية

فيامعان النظر الى الصدر توجد الجهة المريضة ثابتة أو لا تتحرك في حركات التنفس الا
أقل من الجهة السليمة ويوضع اليد على الصدر يحس زيادة الارتعاش الصوفي ونسبة
امتداد الالتهاب وقربه من سطح الرئة وقياس الصدر توجد الجهة المريضة أكبر من
الجهة السليمة ببعض سنتات وتكون الحرارة في الجهة المريضة مرتفعة عن حرارة
بقية الجسم في بعض الأحيان (ايشورست)

وبالفرج في ابتداء المرض أما ان توجد نصف اصمية أو رنانة وقتية يمكن مشاهدتها
أيضا في دور التحليل وتنسب لوجود الهواء متزايع مواد الفخ (جالكو)
وأما في دور التكبد فإن الاصمية تكون عادة عامة مالم يكن مجلس الالتهاب مركزيا
وبالتسمة

وبالمتمع توجد الفرقعات الواصفة للدور الأول من الالتهاب الرئوى وهي فرقتا دقيقة
جافة رنانة يحس بها في الشيق فقط دون الكيف ولذلك تنضم هذه الشيق القوى
وبعد السعال وقد شبهها (ويليام) بفرقة خثلة الشر عند فركها بقرب الأذن
وشبهها (لانيك) بفرقة ملح الطعام الذي يحس معوقه وتنشأ الفرقة المذكورة
في الشعب الشمية التي تلتصق بجدرها مادة الرزيرغم تتقبل فجأة بقوة الشيق
(وينترش) وتسمع الفرقعات المذكورة في هذا بورة الالتهاب أو في المسم اللطخ
وفي بعض الأحيان مع تكرار السمع بالدقة لاتشاهد الفرقعات في الالتهاب الرئوى
إذا كانت الشعب الشمية منسدة بالافرازات مثلا أو كان الالتهاب مركزيا وفي
بعض الأحيان تسمع الفرقعات في دور التكبد إذا كان التكبد لازلا عظاما بالحقا
الدور الأول أو مصحوبا به في بعض جماته وقد تسمع فرقات شبيهة بها في أوزيما
الرئة أو في الاحتقان الرئوى الركوى إذا جلس النحس وفعل حركات شيق قوية
تدخل الهواء في الشعب الشمية التي كانت هابطة من قبل وجدرها ملتصقة ببعضها
وانقضا الجدر للشعب النحوى والشيق حينئذ يشبه انقضاله في الالتهاب الرئوى
ولذلك يعقبه صوت فرق متشابه أيضا

ثم متى انتقل الالتهاب الى دور التكبد الأحمر في اليوم الثاني تقريبا تشتد الأعراض
العامة الى منتهىها الا الألم فإنه يخف ففصل الحمى الى درجة ٤٠ أو ٤١ مع فرق
نصف درجة تقريبا في الصباح ويخف اللسان جارا ويتفطم مع الشفتين بقشور
مسرة راكمه ويستمر الأساك أو يحصل أسهال ويتورق البص ويتواتر ويكتب
المريض هيئة مخصوصة يعبر عنها بالهيئة الرئوية فترأ جالسا في حاشه في حال
خبر وتمتد فترات انقعه بسرعة حركات الشيق والعضلات التعوية الحلبية والمعية
بأرنة متورقة ووجهه متقل ووجنيله وشفتاه حمراء محمرات ولسانه جافا وكلامه
وجيزا وعياله مستحان براقتان وعلى صدره هيئة مخصوصة يرى عليها الخوف
والضجر وأخيرا

والمرضى لا ينام ولكنة يحفظ معقوليته عادة أو يحصل منه هذيان خفيف

لبي أو شديد لاسيما عند المدنين على لحن وفي بعض الاحيان يكون هذا ان قويا وفي الغالب يصعب التهاب فيمة الرئة ويكون متعلقا باستعداد عصبي مخصوص ويكون البول نادرا حركيا ذا كاحضيا فيه البوليين وحض البوليك بإفراط وأما الكلورور فإنه يقل فيه جدا أو يفقد بالكلية ولا أهمية لذلك في التشخيص لأن الكلورور يقل في أنواع الحيات على العموم ويعود الى أصله مدقة النقاهاة وقد يشاهد في البول بعض الزلال ووجوده لا ينفوخ الاقذار

وفي هذا الدور قد تكتب الملاحظة لونا يرقانيا يمكن حصوله ولو كان مجلس الالتهاب في الرئة اليسرى أو في اليمنى يمكن نسبة ذلك الى احتقان الكبد أو قنولات النفاة الصفراوية وبعدها كان الجلد جافا في الايام الاول يتبدى بالعرق غالبا وتظهر ما تحت حريسية في الوجه أو الشفتين وليست بشي فظهورها لأنها تعجب الأحوال الحيدة غالبا في نسبة (٢٠)

وبالحث عن المعلومات الطبيعية في هذا التأكيد توجد الأهمية تامة لكنها لا تصل الى درجة أهمية الانسكاب البليوراوي ولا يصعبها التردد والمقاومة تحت الاصبع كما في القرع في الانسكاب وفي بعض الاحيان يسمع للقرع صوت الاناء المشعور أو يكون رنانا قليلا ويفسر ذلك بوجود بعض نقط غير متكبة في وسط البورة المتكبة أو بهبوط الرئة مما يقابل التكد اعنى اذا كان مجلس التكد في قمة الرئة مثلا يقرب الوجه الخلفي يمكن سماع رنانية القرع في حذاء من الامام تحت الترقوة

وبالسمع يوجد التنفس والصوت قوين فيكتب التنفس صوت تنفج جاف وسمع في حركتي الشيق والزفير معا ويعبر عنه بالنفخ الشعبي أو الانبوني ويفقد التنفج المذكور اذا كانت الشعب للوصل الى البورة المتكبة منسدة بخصاومت الافرازات اللبينية وحصىها ما يصعب التنفج الشعبي فرقات أو تحت فرقات تنشأ من الاحتقان الرئوي المجاور للقطعة المتكبة وأما الصوت فإنه يكتب رنانية زائدة بدون تمييز حروف وهذا ما يعبر عنه بالصوت الشعبي وهو يكون

يكون في نسبة النقيع الشعبي أي أنه يتضع أوقيل ومنو جامعة والصوت الشعبي
له أهمية زائدة عند الاطفال لأنه قد يكون هو العلامة الوحيدة التي تسمع عندهم
وأما اهتزاز جدار الصدر في هذا التكبد مدة التكلم فإنها تزايد عادة ما لم تكن
الشعب الموصلة إلى التكبد مسدودة بمحصل الإفرازات الانتهائية فلا يمكنها توصيل
الصوت إلى البوق وأهمية الاهتزاز في الجهة اليسرى من الصدر أكبر منها في الجهة
اليمين لأنها أقوى في الجهة اليمنى طبيعة عند السليم

هذا وإذا كانت جورة التكبد مركزية أو قريب وسط الجدار الخلفي فلا تصحبها علامات
طبيعية مطلقا ولكن العادة أنه متى ابتدأ الالتهاب في مركز الرئة فإنه بعد مضي
بعض أيام يقرب من سطحها وتظهر علامات

ثم إن مدة التكبد الأخر تستمر من ٣ إلى ٥ أيام ثم تحسن أو تستقدم إلى دور التكبد
السحابي وعلامات هذا الدور هي ظهور الحمى الضعيفة فيصغر البقي ويصير غير
منتظم وتزداد سرعة النفس لكنه يصير طحيا غير مفيد للتكسيج الدموي ويصير
البصاق مائلا ولونه أسمر شبيها بلون عصيرا القراصيا أو ملو القرموس وظهور
يلد على سوء الاندثار (وأما ظهور هذا البصاق في ابتداء المرض فإنه لا يطين بل يحل
دائما) ولا يتيسر للرقيق البلع بل يهبط في الفرائش ويبعث الوجه أو يصير دجنا
أردوازيا وتتفتح البطن وتغطي الجلد بعرق بارد لزج ويصير البقي غري محسوس ويحصل
في الغالب هذيان انتهى قبل الموت وفي بعض الأحوال يحصل الموت فجأة إذا وقف القلب
عند تضاعفه وخفضه كالجلوس مثالا

وأما إذا كان الالتهاب محيدا فلا يصل المرض إلى الدور الثالث فيعقب دور التكبد
الأحمر حينئذ انقطاع سريع في الحمى حتى انتهت أول في مسافة بعض ساعات ويحل
المرض في النقاهة وقد تخفف الحرارة حينئذ عن المذبذبة الطبيعية ويصير احتقان
الحرارة انصراف يتبعه الأعراض فيسهل السعال ويصير البصاق كثيفا
مخاطيا دسما وتزول الأهمية بالتدريج ونزول معها النقيع الشعبي ويحل محل تحت
فرقات صغيرة رطبة تسمى بالفرقات المراجعة تفرغ عن الفرقات الابتدائية

بأنها تسبق في الشيق والرفير معاشم تنصرف هذه الفرقان الرجعة أيضا لكن لا يسع الحرير الموصل الطبيعى الأبعد مدة طويلة وكذلك الرناية العبدية لا تعود الى أصلها الأبعد مدة وكو كانت البلور المجاورة لها سليمة

(السيد والمدة والانتها) سير الالتهاب الرئوى البسيط مستقيم تقريبا وارتفاع الحمى فيه سريع ويصل في اليوم الثاني الى درجة ٤٠ أو ٤١ مع انخفاض نصف درجة تقريبا كل صباح وتستمر الحمى على تنق واحد تقريبا حتى تنتهى بالاعطاش في مسافة بعض ساعات الى ٤٠ ساعة وفي النادر يحتاج هبوط الحمى الى يومين أو ثلاثة وإذا اعتبرا ابتداء المرض من يوم التشخيص أو القىء الى غاية يوم انصراف الحمى فجد ان مدة المرض تختلف من ٨ أيام الى ١٠ وفي الغالب تكون من ٦ الى ٧ وفي أحوال نادرة تكون للمدة أقصر من ذلك أو تصل الى أحد عشر يوما وإذا استطاعت المدة عن اسبوعين يعلم ان الالتهاب الرئوى ليس بسيطا بل تضاعف بمزاج آخر ويصعب اعطاش الحمى عادة حركة بجران كحصول عرق غزير أو عرق أو اسهال أو اختلال في البول

وبعد انصراف الحمى تبدى التعافى بسرعة فيحصل النقص بخفة في جسمه وتعود الشهية بسرعة وينام مسترخيا ويتقبل الجلد بعرق لطيف ولا يتخلف عن الالتهاب البسيط عواقب خطيرة فلا يخشى بعده من الدرن ولا من الالتهاب المزمن ولا بأس بأن يتوجه النقص لتبديل الهواء مع الاحتراز العنى وخاطر مسترجع ولكن الإصابة بالالتهاب مرة تجعل الشخص عرضة لعوده مرارا والنكسة الحقيقية أى رجوع الالتهاب في البورة الالتهابية بعد من الفوائد ولكن قد يصاب النقص بالالتهاب الرئوى في نقطة أخرى من الرئة وكما يدل المرض من جديد وفي هذه الحالة يكون المرض اقل وضوحا ولكنه أكثر خطرا أصعبا وأما ظهور الدور الثاني فإنه يؤدي عادة الى العلاج ومع ذلك فقد يحصل الموت في الدور الثاني إذا كانت الحمى منقضية أو كان الالتهاب متسما وشاغلا لعدة فصوص رئوية وإذا تضاعف بشلل القلب أو كان شكل الالتهاب عفتا

عنا تفويها متعلقا بحالة وبائية

وخلافا للشكل البسيط الذي سبق شرحه قد يكتب الالتهاب الرئوي اليقوي الحاد اشكالا أخرى أهمها الآتية وهي

أولا الالتهاب الرئوي اليقوي الذي يشق في يوم واحد

ثانيا الالتهاب المتهيج الذي تم اعراضه اولايتم التكبد فيه

ثالثا الالتهاب المستطيل الذي تستمر فيه الاعراض بمغ اسابيع

رابعا الالتهاب الزاحف الذي يمد بالتدريج في الزمان حتى يم معطلا ويمكن ان يظهر التحليل في النقط المعابة أولا والتكبد في النقط المعابة فيما بعد

خامسا الالتهاب النقال الذي يترك النقطة المعابة وينتقل الى نقطة بعيدة عنها كما تفعل الحمرة المتقاله

سادسا الالتهاب النكسي الذي يرجع بعد شفاؤه

سابعها الالتهاب المتقطع الذي ينشأ من تأثير الاجسام وينقر ثم يعود على ان يزد

ثامنا الالتهاب البارد الذي لا يصبه حمى وهو نادر

تاسعا الالتهاب الصفراوي الذي يصبه بريقان واضح والشكل التفويدي والشكل

الضيق ولا يخفى خطر هذه الاشكال

وأما بالنظر الى المربع فان الالتهاب الرئوي عند الاطفال يتميز بعدم حصول

القتشريع وعدم وجود البصاق وبشرة الحى والقيح والهذيان والنشبات

ويحصل الشفا بالاكتر بالجران

وأما عند الشيوخ فيتميز بغثفة الحى والاعراض والعلامات وزيادة الاخطا ط

وبالشكل الضيق وزحف السيستول وقد يحصل الموت فجأة وبتميز الالتهاب

الرئوي عند المدمن على الخمر بزيادة الهذيان وشدة الخطر وشكله الضيق

وكثرة الموت بالاخطا ط الجاني ويشاهد الشكل الضيق في الالتهاب الرئوي

التابعي للأمراض الخلفه

وأما المضاعفات التي تنوع سير الالتهاب الرئوي وانتهائهم فاهمها الالتهاب

الشعبي والبيوروى والتهاب التامور والغشاء الباطن للقلب والتهاب السحايا
العضن والتهاب الكبد أو الكلى وهذه المضاعفات تعرف بأعراضها الخاصة ويوجد
البنوموكوك فيها وكثيرا ما يتضاعف الالتهاب الرئوى بأمراض جلدية كالحمرة
والنكسبات والقنويات وفى الأحوال عديدة يحصل التهاب مفصل أو نكفى أو رعاى غزير أو
خوذك

(التشخيص) العلامات التى سبق شرحها وخصوصا القشعرية ونوع الحمى والغزقات
الابتدائية والمضاعفات الصدفى كافية لتعيين الالتهاب الرئوى اللين من الالتهاب الرئوى
الشعبي والالتهاب الرئوى الكودى والالتهاب البيوروى ولكن تشخيص الالتهاب
الرئوى اللين لا يكفى بل يلزم تعيين شكله ان كان بسيطا أو صغراويا أو ضعيفا
أو مضاعفا بالتهاب بيوروى أو تامورى أو سحائى ويلزم تمييز الالتهاب
الذاتى من الالتهاب الثانوى لأمراض أخرى كالحى السيفودية والذرى إلى غير ذلك
لأن هذا التمييز له منزلة فى الانذار والمعالجة كما انه يلزم تعيين درجة الالتهاب
ان كان فى دور الاحتقان أو التكبد أو التخليل أو وصل إلى دور التقيح ويلزم انه
لا يلبس الالتهاب الرئوى بالالتهاب السحائى الذرى ولا بالحى السيفودية ولا بالالتهاب
البيوروى ما لم يكن متدا على اتساع كبير

(الانذار) الالتهاب اللين البسيط اقل خطرا من غير ما لم يكن متدا على اتساع
كبير من الرئة وينتهى بالشفاء غالبا لا سيما عند الكهل المعتدل الصحة من قبل فانه
(لا يسبب الموت الا فى المائة) وايضا يجعل الشفاة عند الطفل غالبا اذا لم يكن
مصا بالاراشيسم او لم يسبق الالتهاب حصول الحصبة أو السعال الديكى واما عند
الشيوخ والمدمنين على الخمر فالانذار ردى جدا وكذا عند الصغار يميز فى القلب
او فى الكلى ويخشى اذا كان عند المرأة من حصول الاجهاض او الوضع قبل الاوان
والمضاعفات بانواعها تزيد خطرا لالتهاب الرئوى ويخشى ايضا من النكسبات
مدى النقاهة

(الاسباب) الالتهاب الرئوى اللين يصيب الكهول بالاكثرة والرجال أكثر من
النساء

النساء وليس تادر عند الشيوخ ولكنه نادر عند الاطفال ويصيب ضعفاء البنية
والمدمنين على الخمر أكثر من غيرهم ويصيب أيضا القوي البنية المقتنعين بالصحة وفي
بعض الاشخاص استعداد مخصوص للأصابة به مرارا ويظن أن اليوموكوك
يستمر عند هؤلاء الأشخاص كما منا بعد الأصابة الأولى ومتى صادفته شروط
النفق يظهر الالتهاب ثانيا

ويكثر حصول الالتهاب الرئوي في أوان استقال الفصول لاسيما عند دخول الخريف
والشتاء والربيع والأغلب حصوله في البلاد الباردة ويشاهد في جميع الأقاليم
وحصوله عقب برودة الجسم أقل منه عقب تأثير الأسباب الأخرى المتعلقة بالشروط
الجوية المخصوصة والشروط العنصرية الرديئة وأحيانا يحصل الالتهاب الرئوي
الليفي عقب جروح الرئة متى صادفته مناسبة الشروط الجوية والاستعداد الشخصي
ولكن الالتهاب الجرحي البسيط لا يصح حصول التأكيد الرئوي مطلقا

والالتهاب الرئوي الليفي يعادى بالصفاق وربما يسرى إلى الجبين من الأم وقد يظهر
بصفة وبائية في الإنسان وبعض الحيوانات كالانعام والطيور

وبالنظر إلى طبيعة الالتهاب الرئوي الليفي يرى أن البعض يعتب من مرضا موضعيا
والحي تابعة له والبعض يعتب مرضا نوعيا وهو الاعم وقد ترجح الرأي الأخير
باستكشاف اليوموكوك وما يثبت فوعية هذا المرض

أولا عدم المناسبة بين الأعراض العامة والأعراض الموضعية فإن الأعراض
العامة تبدأ قبل الأعراض الموضعية وتخف قبلها ولا تكون حدتها في نسبة
حدة الالتهاب الرئوي وارتفاع درجة الحرارة هنا يحصل عادة الدرجة لا
تصل إليها أبدا في الالتهابات الترتلية ولا الجسمية البسيطة ويعبها أيضا
فقد الكلورور في البول كما يشاهد ذلك في الحميات العنفة

ثانيا سير المرض المستقيم ومدته المحدودة مغايرتان لسير ومدة الالتهاب البسيطة
فلا ينتهي الالتهاب الرئوي عادة بالخراج ولا باليسر الاستكديروزي ولا
بالاستحالة المزمنة مثل الالتهابات البسيطة

ثالثا يصحب التهاب الرئوى اللبى غالباً التهابات عديدة في الاعضية المصبية المجاورة
والبعيدة كالبلور والناور والسحايا وفي الكلى ايضا ويشاهد في جميع هذه الالتهابات
البؤم موكود الرئوى

رابعا حصول الشفاء التام بدون تخلف آفات موضعية وحصول الجوان وسرعة
التعاهة

خامسا امكان العدوى وظهور المرض في حالة وبائية فان كل ذلك يدل على نوعية
الالتهاب الرئوى اللبى ويعتبر فيه التكبد كالتقرحات المعدية للطغ (باسير) في
الحى التيفودية والالتهاب المفضل في الروماتيزم الحاد مثلا

وأما الالتهاب الرئوى التابى لأمراض القلب والكلى والأمراض الحمية العفنة
كالحمى التيفودية والحيات الطيفية والكاشكيات السرطانية والديابيطية والمقرص
والروماتيزم والالتهاب الشعبى ونحو ذلك فان التكبد فيه نادر وسريع يختلف عن
سيرا الالتهاب الرئوى اللبى الذاتى

(المعالجة) لا يمكن اتباع طريقة علاجية عمومية ضد الالتهاب الرئوى ولا يجوز
الآن تقليد السابقين في استعمال الفصد العام والحمامات الباردة والامووعات
الزيتية ولا المنبهات الكوكلية في جميع الاحوال وللتبج الآن هو العلاج العرضى
او معالجة الاعراض على حسب مقتضياتها وفي الاحوال البسيطة المستقلة السير يلزم
مراعاة الشروط الصحية والاستعداد على الوجه الآتى

متحصلت الشعور يلزم بوقتها استراحة المريض في الفراش لأن الاحوال
الثقيلة أغلبها من عدم ملازمة المريض للفراش في أول يوم أو من كون المريض غير
على الشئ يومه كالتفرد والصبايك الذين يحضرون بالاسبالية ويهتم فقط
استواء درجة الحرارة ولا يرضى المريض بالجلوس في فراشه ولا بأس من اعطائه ملينا
من الكافوميلاس أو زيت الخروع لأنه ربما لا يحمله المريض فيما بعد من تقدم
المرض وتراعى الحمية بالدقة فلا يرضى المريض الا بالأمراق والالبان ويرجى
الشرب الماء القراح أو التبدى الخفيف البارد أو الصودا أو المياه المعدنية
كماء

كما جيسوبلر ومجان جالميه واذا كان قلبه ضحيفا يعطى له منقوع القهوة والشاي
ويمكن اعطاؤه نترات البوتاسا او ستراتيا او خلاصات النوشادر في جرعة موافقة لأجل
ادرار البول فاستاء المرض وتسهيل التحليل الالتهابي وخروج افرازاته فيما بعد ولكن لا
يلزم العلاج على المريض اذا تكررت من تعاطيها

ولأجل تسكين ألم الحنجرة يمكن وضع لينة أو ورقة خردل وبعضهم يوصى باستعمال حراقة
ولكن الحرايق توافق فيما بعد لأجل مساعدة التحليل ويمكن ارسال العلاق على النقطة المؤلمة
وأما اذا كان المريض شيخا أو ضعيفا البنية فيرجح وضع ضمادات ساخنة أو الحقن بالمورفين
تحت اللسان وضد السعال يعطى منقعا من عرق الذهب أو بصبل العنصل مع مسحوق دوفور
واذا كان المريض قويا يمكن استعمال المقرض على حسب ترتيب (نروسو) فيأخذ من
٢ جر وخلاصة الديجيتالا ٢٠ ومبايون طبع ٤. ٤. ٤. ويعمل ٢٠ حبة يعطى منها من
١٠ الى ما في اليوم واذا تسبب منها قيئ أو اسهال يعطى مع كل حبة نقطة لودانم
واذا كان الارق متعاطيا يعطى مسحوق دوفور من ١٠ الى ٥٠ من لأجل الاستراحة
ولكن اذا وجد في البول زلال يستعوض الدوفور بالكورال الايدراتي أو السوسيامين
واذا كانت الحرارة مرتفعة يعطى منقوع الديجيتالا بشرط ان يكون بمقدار كاف من نحو
٦٠ الى جرام من مسحوق الأوراق أو يعطى من صلفات الكينا من مقدار ٥٠ الى ٧٥
على مرتين في اليوم مرة في الصباح ومرة في المساء وبعضهم يستعمل الانتيرين ولكن
يخشى هنا من استعمالها

وأما اذا كان الشكل الالتهابي قويا وارتفعت الحرارة فوق الاربعين واصطحب بالمهديات
فيلزم استعمال مضادات الالتهاب وبعضهم يكتفي حينئذ بتعطيف المريض بالاسينج
المبلول أو بلطف في الخلاصة المتبللة أو باستعمال الحمامات العمومية الساردة أو الفاترة
أو بوضع مثانة مملوءة بجليد تحت الأبط ولكن اذا كان المريض شادا قويا دموي
الغزاج يلزم استعمال الفصد الوريدي أو الحجام واستخراج بعض اوراق من الدم
وكذا اذا شوهت عنده علامات تمدد القلب الاين وكان نبضه صغيرا ومعه

بعض شراسيفي وأوردته العدلية متددة وابتداء السيف فزلم المبادرة بفسده
سواء كان كهلا أو طفلا وربما عقب المضد حينئذ تطفيف الحى والأعراس بدرجة
مستقرة لأنه في أغلب الاحوال يخشى من القلب ووقوفه أكثر من الحى وتركم الأفرات
الالتهابية

وإذا كان المريض ضعيفا أو كتب الالتهاب الشكل الضعفى يبادر باستعمال المنبهات
كالنوشادر والكونياك أو جرعة طود أو البليذ والشامبانيا بمقدار كاف على حسب
من المريض وعادته وحالة القلب والدورة وإذا كان المريض معتادا على الشراب
يلزم إعطاؤه مقدار كاف من الكونياك أيضا لأجل تدارك حصول الهذيان الكحولى
والصحة الاعطال

وإذا طرأت عوارض أو مضاعفات تعالج بما يوافق وعلى كل حيث أن الالتهاب الرئوى
البقى مزمع فليزم اتخاذ الطرق اللازمة لعدم انتشاره متى ابتدأت التقاطه يلزم
مراعاة التدبير الغذائى والتخفيف من اسباب النكبات

(المبحث الخامس فى الالتهاب الرئوى الترتلى أو الفصيصى)

الالتهاب الرئوى الفصيصى أو الشعبى الرئوى هو التهاب قولى مجلسه الفصيصات
الرئوية وأما سبب الشعبى الرئوى لأنه يتبع أو يصيب الالتهاب الشعبى الشعبى عادة
لا سيما عند الأطفال وبالأكثر عند حديث السن لغاية ثلاث سنين (سيمون)

(الاسباب) كثيرا ما يشاهد الالتهاب الفصيصى فى الحصبة والسعال الدكر والمزقير
والترتلة والوفدة والدرن الحاد وعقب الالتهاب الشعبى الشعبى خصوصا عند
الأطفال الفقراء الذين يكتفون فى الهواء المحصور والأطفال المصابين بالمراسية
وعقب الحرق واستئصال الغارات المبيجة كالكلور

والالتهاب الشعبى الرئوى ليس نادرا عند الكحول ويشاهد غالبا عند الشيوخ
لا سيما عند المصابين بالفرازل الشعبية المزمنة ويسلطن مدة الشتاء غالبا
وقد يكتب حاله وبائية

(التشريح الرئوى) يحصل التهاب الفصيصات الرئوية عادة من امتداد التهاب
الشعب

النخب الشعرية اليها بدون انتظام ولذلك توجد الفصيصات الرؤوية المصانة منتشرة في نقاط عديدة في نسج الرثة أو الرتيان مما على هيئة تقع مستديرة أو معينة في حجم الفؤولة أو أكبر ذات لون أحمر سمر في الابتداء ثم سجاها حتى ابتداء أفضها التقيج ثم سجاها في مصفر حتى تقدم التقيج والفصيصات الرؤوية المجاورة للفصيصات المنتهية تتأثر منها أيضا وتحقق أو تهبط على نفسها في حالة تمدد انقباضها

وإذا أصاب الالتهاب عدة فصيصات مجاورة لبعضها كتكتب هيئة بورة التهاب متسعة شبيهة ببورة الالتهاب الرؤوي اللينى ولذلك يسمى حينئذ بالالتهاب الفضي الكاذب وفي بعض الأحيان يصاب أحد الفصوص خصوصا الفص السفلي بتمامه أو تصاب إحدى الرنتين بتمامها وتعتبر من درجة كابية شبيهة بالطحال وهذا ما يميز عنه بالطحال ولكن بالتأمل في نسج الرثة المتخلطة سواء كان الطحال عاما فيها أو مقصورا على أحد الفصوص لم تزل توجد هيئة الفصيصات مرسومة لاسيما وإن بعض الفصيصات يكون هابطا وبعضها ممتد والبعض محني متوتر والبعض أقل توترًا سجاها في أو مصفر وهذا ما يميز الطحال من التكدس وما يميز الطحال أيضا هيئة سطح الشق فإنه أقل تحييا بكثير من سطح الشق في التكدس لأن الفصيصات الرؤوية أقل بروزا وأخيرا في الطحال يصير النسج الرؤوي هشًا وبصره يسيل منه سائل كابت ولا يسيل من شق التكدس شيء بالعصر

ثم حتى تقدم الالتهاب واستلما تجويف الخلايا الرؤوية ولحمها بالمواد المخاطية القميصة فأنها تظهر على هيئة جيبيات مصفرة ثم حتى تأكلت جدران الخلايا الرؤوية واختلطت ببعضها تظهر على هيئة بورة قيحية صغيرة جدا وبالنسبة الميكروسكوبى توجد آفات الالتهاب الترقى أخص توجد الحويصلات الرؤوية ممتلئة بخلايا بشرية عريضة غير متقلة وبعضها في حالة انقراض وكثرة هذه الخلايا عسمى الالتهاب الترقى أيضا بالالتهاب الخلو في البشرى ويصحب الخلايا البشرية كرات بيضا ومادة مخاطية قيحية بمقدار كبير وقد تشاهد

بعض كرات حمراء ومادة ليفية بمقدار قليل جدا وقد ترشح جدران طية بالكرات البيضاء
أو الليفية وتكون الشعب الشعرية داخل الفصيصات في حالة التهاب نزل أيضا وتصبأ
الأياف العضية والمرنة أو تقعد بالكلية وتكون الاوعية الشعرية محتقة جدا وموتة
لأسباب فروع الاوعية الشعية التي قد تنزق ويعيقها انكساب دموى تقطى يمكن مشاهدته
تحت الميكروسكوب وتكون الاوعية المتفاوتة محتقة أيضا وعقدتها الشعية متفجرة وفي
بعض الأحيان تمتد الالتهاب الى النسيج المحيطة المحيط بالخلايا الرئوية ويعقب ذلك سماكة
النسيج المحيطة المذكور فيظهر على سطح الشئ على هيئة خيوط سحابية متصالية في جميع الاتجاهات
ويشتد الالتهاب التقرني مما ذكر فانه يكتب في بعض النقط أو مها فالتقرب من أو مها
التكبد بسبب زيادة مقدار الكرات الحمراء والمادة اللبنة المنعقدة ثم تتقدم الالتهاب
بعدها وما اعتقته آفات التكبد النجاسي التي سبق شرحها

وتعيب الالتهاب الفصيصي غالبا التهاب الميكروسكوب في النقط المحيطة بالفصيصات
الطمية المصابة وحينئذ يمكن سماع الاحتكاك الرئوي غالباً عند الكهل مدة الحياة
(الاعراض) قد يظهر الالتهاب الرئوي الفصيصي في سير الالتهاب الشعبي الشعري لأسباب
عند الأطفال بطريقة غير محسوسة ولكن يحصل في العادة ارتفاع حاد في درجة الحرارة
وقد تصل الى ٤٠ أو ٤١ وتقر بدون فرق في الصباح والمساءل والنفس جدا وربما وصل
الى ١٠٠ أو ١٠٢ والدقيقة وتصبأ بسرعة في حركات التنفس وقد تصل الى ٦٠ أو
٨٠ والدقيقة مع ظهور علامات الانفسكيا كهتات الوجه وزرقة الشفتين ويحصل
سعال قصبي خصوصا عند الأطفال ويصير المصباح مدمما لكنه لا يكتب لون
الصدأ الواصف للالتهاب الليفى ويزداد عسر التنفس ويصير الطفل في حالة اضطراب
مستمرة يقوم في فراشه ويخرج نفسه يينا وشمالا وطلب أن تحمله أمه ثم يطلب الفراش
ثانيا ويصير النفس سطحيا وقد زاد ظواهر الانفسكيا ولكن هذه الاعراض لا تدل على
الخطر دائما وإنما الذي يخشى منه بالأكثرها هو ضعف القلب وصغر النبض لأن
الاعراض الأخرى قد تطلق بسرعة أو تستمر عدة أيام أو تحسن ثم تعود الى شدتها كما
كانت ولا تصحبها علامات طبيعية ثابتة لأن التهاب الفصيصات المنتشر لا ينوع

القرع تقريبا ولا التسمع وأما إذا امتد الالتهاب إلى عدة فضيحات مجاورة فإنه يبقيه أصميه
مختلفة وليسمع فيه النخع الشعبي والصوت الشعبي بدرجة أقل وضوحا عنها في التكبد
الرئوي وبما انفردت من القطة التي سمعت فيها أولا واستقلت النقطة الأخرى بسبب
تقل الالتهاب وهذا ما يميز الالتهاب الفصيصي عن الفصيصي وكذلك متى اصطب بأصميه
زائدة مع صوت احتكاك بليوراي أو صوت مرعى يعلم تقاعفه بالالتهاب البليوراي
وعلى العموم فإن سير الالتهاب الرئوي الفصيصي غير منتظم وربما اشتدت أعراضه وهناك
الربو في مسافة بعض أيام بل وفي يوم واحد أو يحصل التحين ولكن يبقيه نكسة
مهلكة سرانا كانت الحالة جيدة تطلق الحى وباقي الأعراض بالذنب مع ويتم الشفا
في مسافة ثلاثة أو أربعة أسابيع ولا يحصل الشفا الفجائي إلا في أحوال استثنائية
ولا يشاهد هنا العريس الشفوي وأما الأسهال والبول الزلالي فيمكن مشاهدتها
كثيرا وقد ينتهي الالتهاب الفصيصي أخيرا بالحالة المزمنة وسنذكرها قريبا

(الإنذار) الالتهاب الفصيصي مرض خطير ينتهي بالموت في ثلثي الأحوال تقريبا (بورجنون)
وهو أكثر خطرا عند الأطفال من الالتهاب الليفي الرئوي خصوصا متى امتد الالتهاب
إلى الرئتين وظهور الشخ علامة رديئة وكلما كان من الطفل أصغر كلما كان الخطر
عنه أكبر ويزداد الخطر أيضا عند الأطفال الضعفاء الكاسكيين أو السمان
وعلامات الخطر تقدم الأسفكسيا والتنفس الشيم استتوي والتنفس السريع
الذي يزيد عن ٥٠ أو ٧٠ مرة في الدقيقة

(التشخيص) سهل غير الالتهاب الفصيصي عن الفصيصي باعتبار الأعراض الخاصة
بكل منهما وخصوصا العلامات الطبيعية والسري والانتفاء فإن الالتهاب
الفصيصي يظهر عادة فجأة بتشمير قوية وبعبء عند الكهل بعراق صداد وفيه
الاصميه والنخع الشعبي والصوت الشعبي في غاية الوضوح وسير منتظم وينتهي في
سبوع أو أسبوعين وأما الالتهاب الفصيصي فإنه قليل الوضوح في مبدئه وسير غير
منتظم وعلاماته غير ثابتة

وأما تميز الالتهاب الفصيصي عن المبدئي الحاد فهو صعب جدا وإنما إذا تسلط الالتهاب

في قمة الرئة واسطى البهاق بقت دموع وظهر الزلال في البول تكون الشبهة في

الدون أهو واذا وجد الياسيل في البهاق يتيقن التخصي
وقد تشبه الالتهاب الغصبي بالحمى الصفودية لاسيما وكان البقع الوردية نادرة
عند الأطفال ولكن امتناع البطن وتناد الخصال ونسبة المركبات النفسية مع الحارة
والدورة بين الحمى الصفودية

(المعالجة) يوضع المريض في مكان متسع درجة حرارته لطيفة مسطحة وفيه رطوبة خفيفة
يمكن الفصل عليها بوضع الماء المثلج في الأودية أو بفعل الرز ولا يعطى له خافوا إلا بالاد
والأوراق والبيض النصف شواء وللشرب الماء البارد أو يوضع النبيذ بالكونيك
ولأجل تطهير الحارة المرتفعة يعطى الاستبرين أو سلفات الكينا أو حمض الساليسليك
أو سترات الصوديوم إذا كانت الحارة كثيرة يعطى المسحات أو يعطى مقيئا ولكن لا
يفيد المقيئ إلا في الابتداء ثم فيما بعد يلزم تجنبه لأنه يهبط القوى ويمكن
استعواضه بالمسحات ولا يعطى الأفيون للطفل أبدا ويمكن إعطاء منقوع
البوليبيلامع خلاصة النوشادر على بشراب الطولو ومع هذا توضع الخخ على
الصدر أو ورق الفرد أو ثقل الحمامة الجافة عند الطفل والرطوبة عند الكهل أو توضع
الحار في حجب الزنوم لأجل تطهير الأم وتعطى المنبهات ضد الحالة الضعيفة ولحسن
الكونيك مع الماء أو اللبن أو البيض النصف شواء أو يعطى نبيذ مالاجامع خالصة
النوشادر أو جرعة طود ويعالج الأسهال بمحقوق الطباشير المركب
ومقو دخل الطفل في المقاهة يعطى له الكينا والمركبات الحديدية وزيت السمك
أو يرسل إلى شاطئ البحار لتغيير الهواء وتقويته

(التهاب السارس في الالتهاب الرئوي المزمن الحاد وسيروز الرئة)

التهاب الرئوي المزمن يصيب النسيج الرئوي ويتفقد الالتهاب خالصة ويصيب
النسيج المملوي ويحمله إلى منسوج ليفي متين يحل محل النسيج الرئوي (اسكليروز
الرئة أو سيروز الرئة) وأما الالتهاب المزمن الحبيبي فإنه يتعلق بالدرن ولذلك
نذكره بعد درن الرئوي

الأسباب

(الأسباب والشعير للرضع) يبتدئ التهابهما بالنيح المخلوط بحول الشب الشعيرة
ثم يصل إلى النسيج الرئوي المكون لجدر الحجاب الرئوي وما ان يبتدئ بالنيح المخلوط
حول الضيقات ويمتد إلى النسيج الرئوي بعد ذلك وما ان يبتدئ بجدر الحجاب لنفسها
ثم يصل إلى المنسوج المخلوط فيما بعد

والمرعوز الذائق نادر الحصول ولا يكد يشاهد الا عند الشيوخ وكذا قد حصل عند
الأطفال والشبان بعد الحصبة والسعال الديكي وهو يحصل عند الرجال أكثر من
النساء ويكون السيروز تابعا للأمراض الرئوية عادة كالالتهاب الفصي أو الفصيحي
والالتهاب الشعبي أو البليوراي واورام الرئة والأيكسوالديمانية واللدرة والأفا
الزهوية وقد يتعلق بالياسم الاتجاعي

أما التهاب الرئوي اللين فلا يستحيل إلى الحالة المزمنة إلا في أحوال استثنائية حتى أن
بعض المؤلفين يمكن بالكلية ولكن من المعلوم أنه بعد شفاء التهاب اللين لم يزل
نيح الرئة متكاثفا ولا يعود إلى الحالة الصحية إلا بعد مدة من الزمن ربما تمتد إلى بعض
أسابيع أو أشهر (اندرال) ولكنه لا يستحيل بقية إلى الحالة المزمنة وإنما
يمكن أن يصاب بحالة التهابية حادة تكون سببا في قوله إليها وهذا يشاهد
بالأكثر عند الكهول ويكون مجلسه عادة في قاعدة الرئة اليمنى

وأما التهاب الشعبي الشعري فهو السبب الأغلب للالتهاب الرئوي المزمن لاسيما
عقب السعال الديكي والدفتيريا والحصبة والحجى التيفودية ويشاهد حينئذ عند
الأطفال والشبان غالبا ويكون في الغالب مجلسه في قاعدة الرئتين والجهة
الخلفية من القعر العلوي

وأما التهاب البليوراي فإنه يورث على الرئة بالجراحة ويبتدئ التهاب المزمن
فيها حينئذ من الظاهر ثم يمتد ويعم نسيجا بالدرج

ومع اختلاف الالتهاب فالنتيجة النهائية واحدة وهو أن الالتهاب ينتسب
منه ارتشاح جدر الحجاب الرئوي وتلا شحا إليها المرة وارتشاح الأطراف
النهائية للشب الشعيرة وتلا شحا إليها العضلية ثم تعقب أخاها البيضا

والخلايا البشرية والارتشاح الليفية وتتحول إلى الحالة الشمية وتقر ويتكون عليها النسيج اسكليروزي ويعمل الانتهاب كدافع من النسيج الظهري حول الشعب الشمية وحول الخلايا الرئوية فيندمج ويستحيل إلى نسيج اسكليروزي ايضا وفي بعض الاحيان توجد الشعب متعددة وبعضها ينسب تمددها إلى انكماش النسيج الاسكليروزي ولكنها قد تكون متعددة قبل الانتهاب الشعب الشعي وتكون السبب في انتهاب الرئة كما سبق شرحه عند ذكر تمدد الشعب

والعلم (تأركو) قديم من الانتهاب المزمن يدور في دور التيس الأحمر أو تلم الرئة وفيه تكتسب الرئة هيئة كتلة عضلية بحيث يكون نسيجها متينا خاليا من الهواء بالكليّة ودور التيس الضفافي الذي فيه تتقدم الاستحالة الليفية ويحصل الانكماش فيضبط على ما بقى من النسيج الرئوي ويتلاشى بالكليّة بحيث أنه يشق الرئة حينئذ يفرز المشرد ويكون سطح الشق مبيضا أوارد وازليا أو مسودا مهيأ لخلايا من الهواء بالكليّة متيسرا وقد يصل قوامه إلى المدةجة الغضروفية ويبلغت عنه باليكس كوب لا يرى فيه الانسج ليفي خالص الغاصر الاصلية للرئة

(الأعراض) تختلف أعراض السرور الرئوي على حسب امتداده فلو أصاب ولو جزأ من الرئة يصير الرئوي زاعامة وكما امتد المرض كلما اشتدت الأعراض وهو السعال وعسر التنفس والبصاق المخاطي الصديدي أو الصديدي الصفري وقد يحصل الخفقان الدموي أو يكتسب البصاق قواما مخفضا منتنا وبالقرع توجد الاصلية مختلفة الاستداد ومحصورة بنفخ وخزلز وقوا متنوعة ويشوش الصدر وتقل الشهية ويضعف المريضي ويخف الجسم وتغسل عنه حمى مستمرة وعرق وتكتسب الحالة هيئة حمى الدق وتمثل هذه المرضي بأن كينيا بالاستبالية ويمكن بها عدة اسابيع وينج منها كما حفر أو ببعض تحين وقتي وتنتهي الحالة بالموت اما عقب حصول التهاب حاد يجل بالمريضي أو من تقدم حمى الدق والتقيع الرئوي أو عقب ظهورها قلت أخرى في القلب الأيمن أو الكلا

وأما علامات سرور الرئة أهمورها فأنها تختلف باختلاف ظهور الرئة ان كان جزئيا أو عاما فإذا كان الضور جزئيا فان علامات تشبه علامات السل ابتداءية خصوصا إذا كانت جليلة مدة الرئة أو علامات الضور العام لاحد الرئتين كما يشاهد ذلك عقب الانكماش البليوي روية فأنها تكون واضحة وتتمتع بلتحاف الصدر في الجهة المصابة لاختسافا وأخضا

واضحا للعين بحيث يصير العبد رقيقا في الجهة المذكورة ويمكن تقدير درجة ضيقه بواسطة المبرق وتوضيح المسافات بين الاضلاع متقاربة ويمكن التحقق من درجة تقاربها بالبحس بالأصبع وتقرب الخلة من الخط المتوسط وتضم العفلة الصدرية ويصير الكفت هابطا والعامود الفقري مقوسا واحديا به تنجها إلى الجهة السليمة وعظم اللوح متباعدة عن الصلبد بجذاء زاوية السفلى كما نرى عليه سكودا واذا فعل المريض حركة شبيهة بقوة لا تتحرك الجهة الرضية

واذا كان الضور شاغلا للجهة المقدمة من الرئة اليسرى تزداد قوة ضربات القلب ويمكن سماعها في الجزء العلوي من الصدر بقوة واذا كانت الرئة اليسرى ضامرة يجذب القلب إلى العلا بحيث تسمع ضرباته في المسافة الرابعة بين الاضلاع أو أعلا من ذلك أو تقرب من الأبط الأيسر واذا كان الضور شاغلا للرئة اليمنى يجذب القلب إلى الجهة اليمنى وتسمع ضرباته أحيانا بتقرب الخلة اليمنى فحذاء المسافة الرابعة اليمنى بين الاضلاع واذا حصل ضمور الرئة في قطرهما العامودى تنخفض القوة ويرتفع الكبد أو الحال على حسب الجهة المصابة

ومن الملاحظات اهتزاز الصوت يزداد في الجهة الرضية بسبب تكاثف نسج الرئة ويشترط في ذلك أن تكون الشعب غير مثلبة ولا مسدودة بالافرازات الشعبية وبالفرع توجد الاصمية قاصرة على الاسكليروز الرئوى بحيث يمكن تحديده ولكن مبهوت الفرع يكون زنا في حذو التجاويف التي تتكون في نسج الرئة وبالسمع تتنوع العلامات على حسب درجة الاسكليروز فاذا كانت الشعب ممدودة لا يسمع الخريز الموصل واذا تكثرت تجاويف رئوية يسمع الصوت الكهفي ويكون زنا في النسبة لتكاثف النسج الرئوى أو تسمع الخريز الشعبية والنفخ الشعبى اذا كانت الشعب سالكة في هذه الحالة وربما انفتح الخريز الموصل أيضا في بعض النقاط

وعلى كلا الأحوال فإن ضور إحدى الرئتين يوجب تمدد الرئة الثانية فحينئذ يجمع بحيث تبلغ تحت الفص فيصير زنا وقد تفعل الزناية إلى غاية عضاضيف اضلاع الجهة المتعاقلة ويصير الخريز الموصل فيها هويا ولكن هذا التنفس المفرط يوجب ضعف الرئة عن وظيفتها

فيزداد عسر النفس سيما عند فعل الحركات والانفعالات النفسانية ويصعب ذلك تدبر القلب
الأمين وعواقبه واحتمقان الكبد وأوزيا الاطراف السفلى والاستسقا وعسر النفس للوهج
وينتهي الحال بهلاك الرئتين

(الأنذار يختلف الأنذار على حسب امتداد السير ومن زاد خطر كلما كان الفطور عند انقضاء
بآفات القلب ويتعلق الأنذار ايضا بالنسب المرضي الذي أحدث الفطور وعلى العموم انذار التهاب
الرئتين المزمن وسيرور الرئة يشبه انذار السل الرئوي المزمن

(التخفيف) لا يتحقق تخفيف التهاب الرئتين المزمن الا بامتناع المريض عن الانفعال
القلب والاضواء البنية ولا يلبس بالانكشاف الرئوي ولا بالأورام لطيفة التي تدفع الحجاب
المترس اما ما بعد أن يجذب

(المعالجة) لا يمكن صرف الآفات الناشئة عن التهاب السيروني فيكون بالمعالجة المرضية
ويجب المريض الحركات القوية والانفعالات النفسانية ويقتضى تغذيته وتكميله فعل حركات
تنفس تدريجية وفي مدة اجرائها يلزم رفع ذراعه المساحة للجهة المرضية والتنفس في
الهواء المضغوط أو المخلط يساعد على تقويته واستراحته

وتعالج الاعراض والآفات الاصلية بما يليق كالتهاب الشعب المزمن والتمدد الشعبي والذرة
والأورام وغيرها

(الجمجمة الساعية في خراج الرئة)

خراج الرئة هو جمع الصديد في بورة فيسببها وأول من شرحه تراوبا وليون وهو في الغالب جاد
(الأسباب) يشاهد خراج الرئة بالأكثرة عند الكهول وهو يصب أحيانا التهاب الرئوي
الذي هو الحاد سقا كان المريض ضعيفا أو مدنا على الظهر وكان التهاب متنا وجملة القصص
العلوية أو كانت الرئة مصابة بالانفراج من قبل وقد يحصل الخراج عقب التهاب الرئوي المزمن
وجروح الرئة وجود الاجسام الغريبة في الشعب ويحصل الخراج غالبا عقب سدد الشرايين
الرئوية سيما في النقصان والامتصاص الصديدي

(التشخيص المرضي) يختلف حجم خراج الرئة من حجم حبة اللوبيا الممجة المتفاحة ولحيانا يشغل
أحداً من الفصوص الرئوية بتمامه ويخونه يكون عادة غير منتظم أو متعرجا وبدرجة غير
متساوية

مساوية أو متفرقا والصديد إما أن يكون مخفرا أو سقابيا مسرا وفي بعض الأحيان يكون
عاطيا بشاء حديث التكوين ورائحة في الغالب كريهة منتنة لكنها لا تشبه رائحة الفترينا
وجلس الخراج في الغالب قمة الزنة وأما عقب السلد فيكون جلده عادة بقرب سطح الزنة في
حال مختلفة

(الأعراض) العرض الواصف هو البهاق الصديدي المحتوى على بقايا النسيج الرئوي ويختلف
مقدار الصديد في البهاق في اليوم وقد يصل الى ٥٠٠ جر أو ١٠٠٠ جر وربما يخرج الصديد بقليل
غزير في المرة بحيث يلاطم الرئتين وفي بعض الأحيان تكون طبيعة القيح جيدة فيكون مخفرا
ومتكاثفا كالقشلة وإذا ترك والأداء تكون منه طبقتان سفلى مكونة من الكرات القيحية
وعليا مكونة من سائل مصل متلون أحيانا طبقة رغوية وفي أحوال أخرى تكون رائحة الصديد نكهة
حمضية أو منتنة غير ثابتة وبالبحث عنه بالميكروسكوب توجد فيه خلايا الكرات القيحية والظاها
البشرية بعض الياض رئوية مرئية وأحيانا توجد فيه شرائح من المنسوج الرئوي تشاهد بالعين
العادية ويحتوى على البلورات دسمة وخلايا فطرية وبعض حبيبات فطانية وبعض البلورات
الكولسترين

والعلامات الطبيعية تتضمن علامات التجايف الرئوية التي تزداد وضوحا كلما كان الخراج
سطحيا كرنانية الفرع أو سوطه المعدني والتنفس الشعبي والخرار المرئانة والتكلم المصدع
وعن ذلك

وسير الخراج يتنوع بتنوع سببه فإذا لمف عن الالتهاب اللين لماد يري أن مدة الالتهاب
تزداد من ١٤ يوما وتشتد الحمى ويزداد عسر التنفس ويظهر ألم الحجب ثم يحصل البهاق
الصديدي فتقف الأعراض نوعا وعلى العموم متى طالت مدة الالتهاب عند شخص هزيل أو
مدمر على الخصر وكان البهاق مدمرا أو فريضا أو مخفرا يمكن الانباء بحصول القيح والخراج
(مراوبا)

وربما خرج الزنة بالشفاء والالتقام ويعقبه حينئذ اثره القمام مشوهة أو ضور في
الزنة أو يعقبه كيس يليم أفران الصديد ويحدث حمى لاف أو يتهى تارة بالفترينا أو
ينفخ في البلوراء ويعقبه انكساب هوأى فيها وتارة ينفخ في الظاهر على جدر الصدر

أويسير نحو جذر البطن أو ينفتح في التامور (ترواها) وفي أغلب الأحوال ينتهي بالموت من تحتهم حتى
لذلك أو من المضاعفات المذكورة

(التشخيص) يتميز خراج الرئة بالبصاق اللقي ويوجد بقايا المنسوج الرئوي فيه ولا يلتصق بالخراج
الرئوي بالبصاق الصديدي الناشئ من ورود الصديد في الرئة من الأعضاء المجاورة كالكسب
الصديدي للجلود والتامور وخارج الكبد والفقرات والعقد الليفية الشبيهة ونحو
ذلك فإن الأعراض السابقة وسير المرض يفرق بينها ولا يلتصق خراج الرئة بالدرن الرئوي
ولا بالفتريا الرئوية فأن الدرن يتميز بياسيله ولا توجد في بصاق الفتريا آثار الألياف
المرنة الرئوية

(الأنذار) لطرح الرئوي من خطر وقديمتي بالشفاء

(المعالجة) يلزم حفظ قوى المرض وتنشيط مقدار الصديد ومنع عفونه فيوصى بالتدبير
الغذائي المناسب وقطع المريض مركبات كيميائية وحديثة مع زيت السمك وقليل من الكولييات
ويكون سكنه صحياً هادئاً ويمنع فيه زئبقاً من أكل السوائل المضادة للعفونة كالحلول حمض
الفتيك (ليم أو التيمول (سليم) ويستشق المريض بحرق الترميتينا والتيمول ويغلى التيمول
من الباطن وسائيلات التمور وبزلات التمور

وإذا كان الخراج مستعدياً للانفتاح على ظاهر الجلد يسرع في فتحه بالشرط

(المبحث الثامن في الفتريا الرئوية)

فتريا الرئة إما أن تكون جزئية محدودة أو منتشرة غير محدودة وتشاهد بالأكثر عند
الذكور من سن ١٦ إلى ٤٠ وقد تشاهد عند الأطفال والشيخوخة والغذاء الغير كافٍ والكسح
في الهواء المظلم والرطوبة يساعداً على حصولها وتنشأ الفتريا الرئوية إما من وقرن
الدورة أو أحاطتها في جزء من الرئة بسبب انسداد الشرايين الشعبية أو الرئوية بسدة
سيارة وإما من الضغط على الأوعية الشعرية وانقاص دورتها كما يشاهد ذلك في بورت
الترقيف الرئوي والأسكليروز الرئوي وتندد الشعب ووجود الأجسام الغريبة فيها وإما
أن تنشأ الفتريا بالانتهاب الشعبي الرئوي وهذا هو الغالب ويتدرج حصول الفتريا
والانتهاب الرئوي اللين فلا تشارك تشاهد الا عند منغفاء البدنة كالشيخوخة والمصابين

بمرض ديسكرازي كالديا بيطس والمدمنين على الخمر أو المصابين بموضع عن كالحى القنوية والحيا
الطغنية

ثم إن الأسباب المذكورة سواء كان انسداد الشرايين والأوعية الشعرية أو شدة الالتهاب ليست
مقبولة وحدها الآن في حصول القنرينا الرئوية بل يلزم أيضا مراعاتها بالعوامل العنفة
أو الميكروبية للقنرينا على العموم وتأتى هذه العوامل من يابس شى فأما أن تصل العنفة
الى الرئة بالمجاورة فيما اذا اقتضى خلع كبده أو انشكاك بليوروى قحى في الرئة أو سرطان يوصل
المرئ الى الرئة مثلا وأما أن تصل العنفة بواسطة الأوعية عند الأشخاص المصابين بالحمى
النفسية أو بالالتهاب المترصه العن للقلب الايمن مثلا وأما أن تصل العنفة بواسطة
الشعب فيما اذا اقتضت الاعذية وقت الازداد والقيئ كما يشاهد عند المحتلين العقل أو
حدة التخويم بزيلات الحس أو بقصد الرغيزات العنفة من آفات الخنجر والحلق والقم كقنرينا
الحده (اللوما) وقنرينا اللوزتين وسرطان الخنجر والدقيريا مثلا فقد وصلت هذه العوامل
العنفة الى الرئة تحث القنرينا بسرعة حتى كانت الرئة في شروط مساعدة على ذلك
كهوكة البنية والسكر المزمن والالتهاب الرئوى أو التشعب الرئوى

(التشرح الرضى) بورات القنرينا المحدودة تشاهد غالبا في الرئة اليسى وعلى سطحها وفي
القاعدة أو قصها المتوسط ويند جدا حصولها في القبة أو في مركز الرئة نادر من ذلك
حصولها في الرئتين معا أما القنرينا الغير المحدودة فإنها قد تصيب العن الرئوى بتمامه وتعد
في الأجزاء المجاورة بدون حد فاحصل وتصل غالبا في الفص العلوى بعكس القنرينا المحدودة
(روكيتانكى)

وبالبحث عن النقط المتفرقة توجد اما مخضرة صفرة أو سوداء وقوامها رخو أو مائع تقريبا
ورائحتها منتنة خاصة وفي بعض الأحيان تكون الرائحة ضعيفة جدا (كرويليه)

وبالبحث عنها بالميكروسكوب يوجد النسيج الرئوى متلاشيا ولينق منه البعض نثير
محبب من الألياف الرئة والنسيج الخلوى ويوجد كثير من الكرات القمية ولحميا والحميات
النخمية والنيغاسية مصحوبة ببلورات دهنة من الماد جارين واللاوسين وأفرع الخط
العن كاليستونيكسى وميكروب القيم والمخاس والافقون نعل وناقى ميكروبات

التعفن وهذه العناصر تخرج في البهاق ويمكن شهادتها فيه بالبحث عنه عند الحى وموافق فعل
الجزء المتعفن يعقبه تجويف رثوى

ثم بالبحث عن النسيج الرثوى حول البورة الفترينا تتميز فيه ثلاث طبقات الطبقة الأولى متكونة من
جدار البورة وتكون متزقة غير متصلة والطبقة الثانية بعدها تكون في حالة التهاب مشبه
بالكبد السجاني تتميز بوجود القعج بكثرة في تجويف الخلايا الرثوية وجدرانها والطبقة الثالثة
على الثانية وتكون في حالة التهاب تولى جدار البورة الفترينية ويصنع بالقدح في النسيج
الرثوى السليم

وإذا كانت مجلس الفترينا سطحيا يتسبب عنها التهاب بلوروى الصبا في أوتيجي أو غنغريني
ومع انتقب تجويف البلوروى يحصل الانسكاب الغازي فيه

وكثيرا ما يتسبب تاكل الأوعية قريف يشاهد بالخصوص عند انقباض الشكركشة وفولكل
أخرى تخذ الجزيئات المتضخمة أو العضة في الأوردة الرئوية وتصل إلى القلب الأيسر ومنه
إلى الدورة الكبيرة ويعقب ذلك آفات السد الشريعية النوعية

(الأعراض) إذا حصل انسداد جزائي والشرايين الشعبية أو الرئوية حصى الشخص فجأة
بضيق في التنفس ثم ترتفع الحرارة جدا وتعمل الحالة الفضفية التي تسمى بصعول الفترينا
وماعدا ذلك فإن الفترينا تحصل غالباً بدون سببها بظواهر سعلنة واضحة كما يشاهد ذلك
في سيزوز الرئة وتعد الشعب ولا يتسر معرفة ظهورها إلا إذا حصل السعال ولعقبه خروج
البهاق المتخالف الواصف للفترينا

والبهاق والفترينا يكون إما مسوداً مدماً ورثمة متقنة منصوبة أو يكون خضراً أما إذا
غزيراً ربما يصل مقدار إلى ١٠٠ ج أو ٥٠ ج وربما خرج بمقدار يلائم المريض ويخرج من أنفه
في آن واحد وإذا وضع في أناء يتصل بالثلاث طبقات الطبقة العليا رثوية يوجد فيها بعض
كرات مخاطية أو قيحية مصغرة أو مخضرة والطبقة الوسطى مصلية مخضرة أو سباجية محتوية
على جزئ ترف والطبقة السفلى متكونة من بقايا النسيج الرثوى الفاسد وبالبحث الميكروكوبي
عن هذه البقايا لا توجد فيها الألياف مرنة إلا نادراً جداً بل توجد فيها قطع صلبة في حجم
رأس اللبوس أو الظفر متزقة للموافاق عديدة اللون فيها أنزاعاً لاي الرثوية ومختلطة بالخلج
الشحمية

الشعيرة والحبيبات الغضائية وبعض ابر دسمة وخلاف هذه بقايا النسيجية السهلة توجد
سدادات ديتريش العنقة التي يصل حجمها من حبة الدخن الى الفؤولة وتكون مبيضة أو غليظة روية
يمكن دسكها فسيل وتنتشر منها رائحة منتنة وتتشاهد فيها بلورات دسمة وحبيبات من الاغشية
وبعض خلايا وبلورات دموية وأثارة فطرية متنوعة (ويرشو) ولهم انواع الفطر الذي يشاهد
في البصاق الغثريخي هو الليبوتريكس والموناسي

ويصعب غثريتا الرئة في الغالب هي ذات ثورلن في المساء قد تتعاقب مع القشعير مع العرق الغزير
وتتغير في بعض الايام حتى تنظف البورة الغثرينية ثم تعود حتى تحسر البصاق وتزداد راحة
وتنب الخلل المذكورة للامتصاص العنق ويسرع البصق معها ويصير رقيقا وتنفذ القوى ويحصل
الفضول ويظهر الصعال والأعراض التنفذية والضعف الذي ينتهي بهلاك الدخن
وإذا كانت الغثريتا غير محدودة ربما يهلك المريض في مساحة بضعة ايام وأما إذا كانت الغثريتا
محدودة صغيرة فأنها قد تستمر بضعة اسابيع أو اشهر وربما انتهت بالشفاء وفي هذه الحالة تقل
تناه البصاق ويصير فيها وقل مقدار حتى ينتزع ويبقى الغثريتا حينئذ اما ذب القمام
أو كليس

والعلامات الطبيعية تكون مفقودة اذا كانت الغثريتا مركزية وأما اذا كانت قشرية
من سطح الرئة فيمكن مشاهدة علامات التجاوير الرئوية كالنخ الزلجي والمزق والنكلم
الصدري وصوت الأناء المشعور الخ ويرجع المريض عادة القوم على الجهة الميضية
ومضاعفات الغثريتا الرئوية هي التليف والالتهاب البلورلي والانسكاب الهوائي الصديدي
في البلورا واصابة الاعضاء الجاورة كالكلبد والبريتون والجهاز الهضمي والامتصاص الصديدي
والعنق وخو ذلك

(التخيص) لا يمكن تشخيص غثريتا الرئة الا متى حصل البصاق الواصف لها وقد يكتب
بالالتهاب الشعبي العنق ولكن لا تشاهد في بصاق بقايا النسيج الرئوي السهلة وأن رجعت
بعض فقط غثرينية في الغشاء المخالي في التمدد الشعبي أو التهابها العنق فأنها تكون
وقية وتشق وتزول الرائحة المنتنة ولا تصبحها علامات التجاوير الغثرينية ولا أعراض
الشمم العنق التي سبق شرحها

(الاذار) الغثريما الرئوية مرض خطير ويختلف للطير باختلاف فاساعها وأما إذا كانت محدودة

صغيرة والمرض شاب قوى البنية فيمكن انتهاؤها بالشفاعقب تكون غشا جديدي جديدا على هيئة كيس ثم إذا استحال الغشاء إلى الحالة اللبينة ينكس وتقبه اثره القمام وأخمة

(الحلجية) معالجة الغثريما الرئوية تقضى تقوية المريعين وتقيض الرائحة العفنة فاجل تقويته

تستعمل الكينا والابذة والكوكليات والنوشادر والكافور والأيثير وصبة كطورود الحديد

على التقاق وتقيض العفونة يحصل بمضاداتها كزيت القرمينيا تخفيرا (توضع ملحقة أو اثان

فوق الله المتل ويستشق المريعين بخار) او عسل وحسن الفينيك رذا (٢ الى ٥ في المائة) ويكرر

ذلك مرتين الى ٤ في اليوم أو يستعمل زيت الكاليبيتول فوق اسفنجة أو فوق المذيل الشم والبلسم

والكرويزوت من الباطن فيعطى ملحقتين في اليوم من الجمرة الآتية مثلا (نبيذ مالاجا ٥٠٠ ج

شراب السكر ١٠٠ وكونياك ٥٠ وكرويزوت ٢) أو يعطى زيت القرمينيا بقدر ٢٠ الى ٣٠

نقطة مستحلبا في جرعة يضاف إليها صمغ الكثير أو صمغ

ويوضع المريع في أودة رجة هوائية ويوصى بالرقاد والاستراحة وتحفظ حرارة المكان

مستوية ومعتق وتقية هوائه كما أنه يجب الاعتناء بقذذته

(المبحث التاسع في الانفريما الرئوية)

المراد بالانفريما الرئوية تمدد النسيج الرئوي بالهواء بدرجة خارقة للمادة وعلى حسب مجلسها

يعبر عنها بالفاظ مختلفة فيقال لها انفريما حوصيلية أو داخل القصصات إذا كان الممدد

قاصرا على الحوايا والقصصات الرئوية و انفريما بين القصصات إذا تفرقت القصصات الرئوية

وانسكب الهواء في النسيج الطلوي المحيط بالقصصات وانفريما تحت البليورا إذا انتشر الهواء

في النسيج الطلوي تحت البليورا ووصل إلى الحجاب المنصف ثم تحت جلد الصق والهدر وغير

ذلك وهذا الشكل نادر جدا ومنه تفرقت البليورا وانسكب الهواء في جوفها يحصل التهاب

بليوراوى خغل

(التشريح المرضي) عند فتح الصلد نبرز الرئتان الانفريما ويتان بدل هبوطهما كالعادة

كأنهما كانتا ممتلئتين في تجويف ضيق وفرج عنها وأحيانا يكون حجمهما متزايدا بحيث أن

حافتهما الخدمة تتلاصق أو تتقارب فوق بعضها بقدر فيراط أو فيرطين وتغطى الطب

بالرئة

بالرئة اليسرى بالكلية وتبرزقة الرئة مرتفعة في الحفرة فوق الرقوة وتنضغط
 القاعدة على الحجاب الحاجز فيتقطع بعد أن كان محدودا
 وبالتامل في الحال المصابة بالانفيزيما يرى كونها ابيض سخايبا او متورما يسقط وخطوط
 مسودة وملسها ناعم كلير أو الغظيفة (لاينك) وبالضغط عليها بين الاصبعين لا
 يحس فيها باذنين أو يكون بدرجة غير محسوسة وبالضغط على سطحها بالاصبع توجد
 رخوة ويبقى محل الضغط منبجا فيها بسبب قدم روثها ولهذا السبب يحفظ سطح
 الرئة اثر الانضلاع في الأحوال التي يزيد فيها حجم الرئتين زيادة بحيث انها تنضغط
 على الانضلاع وتبرز في المسافات بينها وتوجد على سطح الرئة بروزات فقاعية في حجم
 حبة الدخن أو أكبر ناشئة من تمدد الخلايا الرئوية وقد يصل حجم الفقاعات الى
 حجم البندقة أو يصفية الحمامة في الانفيزيما بين الفصيصات وتعتبر الأوعية الشعرية
 منضغطة أو متسعة في هذه الانفيزيما بحيث لو فصل الشق في حداثها فلا يسيل الدم
 ويبقى سطح الشق جافا ولكن تندد الأوعية الشعرية غالبا في الاجزاء السليمة المجاورة وتوجب
 احتقاناً دموياً أو زيميا

وحسب الانفيزيما يكون عادة في قمة الرئة وجافاتها المقدمه والسفلى فتبرز القمة
 خلف الرقوة وتنفذ الحافات حداثها وتضيق مستديرة كالة والانفيزيما عادة
 تصيب الرئتين معا

وبالبحث الميكروسكوبي عن الرئة بعد فتحها وتجهينها يوجد التمدد في الانفيزيما الحقيقية
 قاصرا على بعض الخلايا الرئوية وقصها وتوجد الحواجز الخلوية واليا فيها المرتبة
 في حاله منور ولذلك يرد اذ تمدد الخلايا الرئوية بسهولة ويصل حجمها الى حجم حبة
 الدخن لما فوقها ثم متى تقدمت الانفيزيما تصيب الفصيصات الرئوية ويزداد
 ظهور حواجز الخلايا ونتهى بان تنشب فتقبل بعضها ويتعب ذلك زيادة حجم
 الفقاعات أو تتكون في الرئة تجاويف صغيرة متعددة متفصلة أو متصلة بعضها ببعض
 فيها الهواء بسهولة

وهناك نوع من الانفيزيما يعبر عنه النساويون بالظهور الانفيزيماوي يشاهد

خضوضها عند الشيوخ ويتضف بصغر حجم الرئتين وخفتها وينفع الصدر بهبطات
على بعضها كالثلاثة الفارغة وتعبها بخافة زائدة وضعف عضلي مقروط وضيق
في تخويها الصدر واخفاف في اتجاها الاضلاع السفلى حتى انها تقرب من عرق الحرقفة
وتضيق على القلب ويتسبب من ذلك اتساع في الاصمية القلبية في الحى حاله تكون
القلب نفسه ضامرا كما في الأحشاء

(الاسباب وتأثيرها) نشاهد الانقباض بما مضاعفة أو مضاعفة لعدة امراض
فتمتص عقب نوب السعال الديكي والكروب والالتهاب الشعبي الرئوي والالتهاب
الشعبي المزمن وضهور الرئتين وتحصل الانقباض ايضا عشا الجهدات المستمرة
زمنيا كالمداومة على حمل الاثقال وسعود السلم المرتفع والنخ في الآلات الموسيقية
وتخوذ ذلك والوراثية لها دخل في الاستعداد للانقباض ولكن تأثير الوراثة
قاصر على ضعف مرونة النسيج الرئوي فيسهل تمدده اذا تعرض الشخص لأسباب
الانقباض الأخرى وأما الانقباض بما في حد ذاتها فانه ليست وراثية
وبالجملة - فإن الانقباض ينشأ من اعاقه الزفير لاسيما اذا اصطحب بضهور النسيج
الرئوي أو فقد مرونته ومقاومته الطبيعية فتمتصت اعاقه الزفير سواء
كان بسبب مرض أو بسبب السعال أو الجهد أو النخ في الآلات - فإن الهواء
يتمسك على جدد الغلايا الرئوية ويمددها فإذا كان النسيج الرئوي ضعيفا قليل
المقاومة أو نهما من قبل يسهل تمدد الغلايا وتقدم الانقباض بما وما يدل على
تأثير الزفير في تولد الانقباض هو إصابة الرئة أولا في الحال الغير المحفوظة
جدار الصدر كالثقة والحافة المقدمة ثم إصابة الغلايا الرئوية الملامسة
للقصص الصدرى ومستندة عليه فيما بعد

(الاعراض) اهم اعراض الانقباض الرئوية هو الذي يستخرج من العلامات الطبيعية
التي سنذكرها وأول ما يستشعره المريض هو عسر التنفس الذي يحس به ابتداء
فقط عند فعل الجهدات أو صعود السلم ثم يصير مستواحي في وقت الاستراحة
وتتهيأ للشخص ان صدره متخ ولا يمكنه اخراج الهواء منه بجهدات الزفير
واذا

واذا لم يتقدم عسر النفس عن ذلك واستحفظ المريض على نفسه من التوازن فإنه يتوصل
الى السن المتقدم ولكن مضاعفات الانقباض بالانقباض النوازل الشبيهة والربو كثيرة
الحصول ويتسبب عنها زيادة الانقباض او شدة الاعراض

ومضى فقامت الانقباض يا يشد عسر النفس ويسمع ازيز على بعد وتسرع حر كانه
وتصير قصير حتى لا يمكن المريض النطق ببعض كلمات في نفس واحد ولا يمكنه
الرقاد في الفراش فيبقى ليله مضطجعا على الوسادات او جالسا ويشد ضمير متى
تزايدت النوازل الشبيهة او حصل السعال المتعلق بها والربو ونور لعتاقه لوقته
حصل الضغط على الحجاب الحاجز عقب استنفاخ البطن بالفازات المعدية وكلما تخطى
النسيج الرئوي يقضى سطح النفس ويمكن تقديره بواسطة قياس النفس (سبيرومتر)
فتراه قد ينزل الى النصف أو أقل ويتسبب عن ذلك ظهور علامات الاستفكيا
الطية فيكفي لون الوجه واليد وباقى الجسم بالتدرج وتتقدم الاستفكيا بسرعة
اذا تصاحبت الانقباض بالالتهاب الشعبي الشعري

ويتسبب عن عدم كفاية النفس ضعف في الجسم ونهكة دائمة ويعقب اعاقة الدورة
الشعرية تراكم الدم في البطن الايمن ثم تمدده وعدم كفاية صماماته وحصول الضربة
في القسم التراسيقي واضطراب الدورة القلبية الرئوية طبعا يزيد في صعوبات
النفس ويعرض المريض لخطر جديدة

وأما العلامات الطبيعية فالتأمل في الصدر توجد له هيئة مخصوصة واصفة فيحدب
من الامام عقب بروز جسم القص والمفرحت الترقوة ويزيد تقوس المامود للقص
في قسم الظهر بحيث يكتب الصدر شكل البرميل أو يكون اسطوانيا وفي الانقباض
المتقدمة تسع المسافات بين الاضلاع وربما برزت الرئة بينها وتتسع قاعدة الصدر
فيوتر القسم التراسيقي ويتبسط بسبب جذب الاضلاع الكاذبة عليه من الجهتين
ولا تحرك الاضلاع مدة النفس لأنها ثابتة في حركة شهيق قوي ولكن تنفخ الصدر
بأجمعه مدة الشهيق بسبب الجذب عليه بالعضلات الترقوية الخلية والمعدية
ولذلك تكون هذه العضلات ناعمة باردة ومتوترة ولا تعجز البطن مدة الشهيق

بسبب تبلط الحجاب الخاطيء أو بالعكس يخسف القسم الشراسيفي مع حركات الشهيق
ومدة السعال يرى بروز قمة الرتين في الحفرة فوق الترقوة ولا يشبه ذلك بالانفوزيا
وإذا بحث عن النبض مدة السعال القوي يرى انه يمتلئ ويتوقف ثم يقف بهمة بعد السعال
(جيز)

وبالجس يوجد في اهتزاز الصوت ضعف أو فقد بالكلية في هذا الانفوزيا ويكون
صوت القمع رنانا جارا مع تقدم الانفوزيا يتسع سطح الرنانية وتقم الصدر وتستولي
على المقط الصدري الأمامية طبيعة لقسم القلب والكبد فتزول أصمية القلب
وحملها رنانية واضحة وحمل أصمية الكبد والحبال رنانة ربما تقبل إلى رنانة
الضلع السابع أو الثامن وكذلك قسم القص يصير رنانا وتشاهد الرنانة في
الظهر واضحة في المسافة التي بين اللوح والعمود الفقري وتضيق الرنانة
طولية في المقط الرنانة طبيعة

وبالفتح يوجد ضعف الظير المحو بصلي أو فقد بالكلية ويكون النفس ازينا
والشهيق فيه قصيرا والظير مستطيلاجدا بحيث أنه بدل أن يكون كالمعاد ثلث
الشهيق يصير قدراً ثلاث مرات أو أربعا إلى أن يزيد قدراً عن الحالة الطبيعية
١٥ مرة وقد يسمع للظير خلل متنوعة أو صفير أو ازين قوي متقضا عفت
الانفوزيا بالالتهاب الشعبي أو الربو

(التشخيص) تشخيص الانفوزيا سهل باعتبار النفس والعلامة الطبيعية
أما يلزم الاهتمام في تشخيص الأمراض المعالجة له كالالتهاب الشعبي والربو
والدرب الرئوي وآفات القلب

(المعالجة) يلزم الاهتمام في معالجة الأسباب المرضية والأمراض المضاعفة للانفوزيا
بما هو أفق ولأجل تلطيف النفس يستعمل استنشاق الأوكسجين والهواء المضغوط
ويقتضى بالتدبير الصحي والغذائي

(البحث العاشر في ضغط الرئة وهبوطها) (التكاثريا)

المواد بالتكاثريا الرئوية عدم تدخل خلاياها مدة النفس وهبوطها
وخلوها

وخلوها من الهواء بالكلية بحيث تكتسب أوصاف الحالة الجنينية أى رئة الطفل الحديث الوضع الذى لم يتنفس

(الأسباب وتأثيرها) جميع الأسباب التى تمنع ورود الهواء إلى داخل الخلايا الرئوية تحدث هبوطها كالالتهاب الشعبى الشعبى والالتهاب الرئوى والكروب وانسداد القصبة أو الشعب بالأجسام الغريبة أو الأورام ونحوها ففى الالتهاب الشعبى الشعبى تنسد الشعب الدقيقة بمواد الإفرازات الالتهابية كصمغ يحكم مدة الشهيق فلا يتيسر للهواء عبوره ولا الوصول إلى الخلايا الرئوية ويتخرج مدة الزفير خصوصاً عند السعال فيخرج بعض الهواء الموجود فى الخلايا الرئوية ويساعد على ذلك مرونة الشئج الرئوى ثم تنص الأوعية ما بقى فى الخلايا الرئوية من الهواء المحصور ومتى تجردت من الهواء تهبط جدرانها وينسد تجويفها

وكذلك لها انسداد فى شعبي أوجب انقطاع ورود الهواء فى الخلايا الرئوية المتعلقة به فتتصل الأوعية الهواء المحصور فيها فتتسع وتهبط وأما إذا وقع الضغط على جزء من الرئة عقب انسكاب بليوراوى أو صمامة فى القلب مثلاً فإن الخلايا الرئوية المضغوطة تنجرد من الهواء وأما ورود الهواء بمقدار غير كاف فيشاهد فى الكروب وفى الحميات الشديدة كالحى التيفودية ويعقبه هبوط الرئة فى القاعدة والخافة المقدمة

وما يساعد على هبوط الرئة ضعف عضلات التنفس ورخاوة القفص الصدرى أو تشوهاة ولذلك يسهل حصوله عند المصاب بالحى التيفودية وعند الأطفال خصوصاً الرأستيين وأما الكهمل القوى البنية فيتمكن فى الغالب من فعل حركات شهيق قوية تدخل الهواء فى الخلايا الرئوية رغم موافقة المسالك الهوائية (الشرح المرضي) الحالة الجنينية تشاهد فى الرئتين عند الطفل الحديث الوضع الذى يموت قبل أن يتنفس وأما إذا تنفس ولو تنفساً جزئياً فلا تشاهد تلك الحالة إلا فى بعض الأجزاء وتكون عادة فى الخافة المقدمة من الرئتين

وسواء كانت الرئة في الحالة الجيدة أو أصيبت بالضغط فما السائل فيها توجد
حجرة وسطح شقها أحمر سمياً فاصسوها أماس وتوجد الأجزاء الهابطة منخفضة
عن الأجزاء السليمة المجاورة لها وإذا كان مجلسها حافة الرئة يشاهد فيها
انبعاث ولا يعنى فيها بأزير وإذا وضعت قطعة منها في الماء ترسب في القاع
والأوصاف المذكورة تميزها عن التكبد الرئوي وتميز عنه خصوصاً بواسطة
نقح الرئة الصناعي الذي يعيد أخلاص الرئوية الهابطة إلى أصلها ولا يتوسع
التكبد

وتارة يصيب الضغط الرئوي احتقان شعري شديد يتسبب عنه أوزيما اللينج
الرئوي فتصير الأوصاف السابقة أقل وضوحاً فلا يشاهد انبعاث في جدرانها
ويكون سطح الشق طباوياً بالضغط عليه يسيل منه سائل مصلى ولكن الاحتقان
الدموي المذكور يميز ضغط الرئة عن ظمها الذي يكون فيه اللينج الرئوي
عجوداً أيضاً من الهواء ويكون في آن واحد متجوداً من الدم ومتيسراً ولونه أرواناً
أو سنجانياً فيرانياً

ولا يعقب الضغط الرئوي تشوم في جلد الصدر عادة بسبب عدم حصول فراغ
محله وحصول التمدد العوضي والأجزاء السليمة من الرئة وإذا هبطت الرئة بتمامها
في حجة تمدد الرئة في الجهة الثانية وتضغط على الحجاب المنصف وتملأ الفراغ الذي
حصل

(الأعراض والانتهاز) هيوط الرئة الميلاوى يعرف بتنفس الطفل السطحي وعدم
إمكان قصوته وعدم تظليه الثدي وظهور علامات الأسفكسيا عند الخ
تتقدم بسرعة وتنتهي بالموت في حالة الشخ وأما هيوط الرئة التابعي فإنه
يتسبب عنه ازدياد في الأسفكسيا المتعلقة بالمرض الأصلي وإذا كان هيوط
الرئوي منتشر في بعض الفصوص الرئوية كما هو العادة في التهاب الشعبى
الشعري فلا يمكن استكشافه لعقد العلامات الطبيعية وأما إذا تقاربت
الفصيصات المصابة أو كانت قاصرة على جزء محدود من الرئة بقيت سطحها في ما
توجد

توجد الأهمية ويفقد الخبر الموصل في هذا ما مع النخ الشعبي ويحتمل مشاهدة هذه
الأعراض ثم انصرافها عند تغيير وضع المريض أو بعد فعل حركات تنفسية شاقة
والضبط الرئوي عارض فحين ينتهي بالشفاء متى زال السبب الذي أحدثه أو شفي المرض
الشعبي كالتهاب الشعبي الحشري والكروپ فان لطاويها تقبل بجدد الهواء وتعود وتعود
الى اصلها

وليس من النادر مضاعفة الالتهك أذيا بالاوزيا أو الالتهاب الرئوي
(الشعبي) يصير تميز الضبط الرئوي إذا كان محدودا على بورت صغيرة وإذا كان
انتساعه زائدا عن ٥ أو ٦ سنتيمتر بحيث يمكن مشاهدة علاماته الطبيعية ويمكن
التباينه بالالتهاب الرئوي أو البليوروى الجزئي أو بالتزيف الرئوي ولكنه يتميز عن الالتهاب
الرئوي بتغير أوزوال العلامات عند تغير أوضاع المريض أو عند فعل حركات زفير
شاقة وتتميز عن الالتهاب البليوروى بعدم وجود الصوت الحشري وثبات الأهمية
وأما التزيف الرئوي فيتميز بالنفث الدموي

(الإنذار) يتعلق الإنذار بالسبب الذي أحدث الضبط الرئوي
(المعالجة) هبوط الرئة الميلاوي يحتاج الى تظيف ثم الطفل وفعل التنفس الصناعي
وتنبهه للصريح واعطائه اللبن بالملعقة وتغليظه بالملايس الواقية من البرد وأما
الهبوط التام فيحتاج الى معالجة المرض الأصلي ويضاف الى ذلك بعض المنبهات
وتغيير وضع المريض طريح الفراش وأمر بفعل حركات شبيهة قوية

(المبحث الحادى عشر فى الدرن الرئوى)

الدرن الرئوى مرض ميكروبي عفن معدى خطر جدا يصيب الشبان والكهول غالباً
وجلسه النيج الرئوى والشب والأوعية الشعبية الدموية والنفاوية الرئوية التى
يحترق فيها آفات متنوعة وهو على نوعين الأول الدرن الرئوى المعتاد المعبر عنه بالسل
الرئوى والثانى الدرن الرئوى الدخنى السفلى الحاد وقد سبق الكلام على الدرن
مفصلاً فى باب الامراض العفنة فليراجع وتقتصر هنا على الدرن الرئوى

(اولا في السل الرئوى)

السل الرئوى هو تمدد الرئة المصحوب عادة بالخول والنهوك وحمى اللق وهو مرض منتشر جدا وثلاث الحوادث تقريبا من سن ما الى ٤٠ سنة ينسب اليه في الاقاليم المعتدلة لأوربا وأمریکا

(التشريح المرضي) قبل ان يستكشف المعلم (كوخ) باسيل الدرر كانت الآراء مختلفة جدا في التصور على الآفات المرضية في السل الرئوى فكان البعض يعتبرها نوعين درنية وغير درنية ويرى أن الغير اللقي هو السل الجبني والليقي ويقول أن السل الجبني هو التهاب مزمن بسيط أو خنان يرى والحال أن هذه الآفات كلها درنية حقيقة ولا يوجد إلا نوع واحد من السل الرئوى وهو السل الدرري وإنما تختلف آفاته على حسب درجته لأن لفظة السل الرئوى في حد ذاتها تزداد بها الدرجة النهائية للدرر ولكن في الابتداء يكون مثل الدرر الرئوى حديثا جبينيا أو أخفا عتقا أو مرتشحا في النسيج الرئوى ثم يسقط إلى الحالة الجبينية ويطلق ويسمى أو يسقط إلى الحالة الليفية العرف أو الليفية الكلبية (راجع الدرر على العموم) والبحث الميكروسكوبي عن جميع هذه الآفات يوجد فيها الباسيل الدرري العرفي أو وصفاته الميكروجرافية والبيولوجية الخاصة

ويصطب السل الرئوى دائما بالتهاب الشعبى الرئوى المزمن الذي يمكن اعتبار مرضا ملازما له ويتضاعف تقريبا دائما بالتهابات شعبية وبيولوجية ووعائية متنوعة ولا يقتصر على الرئة وحدها إلا في الأحوال استثنائية والعادة أن الدرر يصيب أعضاء الخرن الجلم في آن واحد وفي الرئة نفسها يستحدث الدرر في القمة اليمنى غالباً ويمتد فيها من أعلا إلى أسفل ولا يحصل العكس وقد يبدئ بالعض المتوسط أو القاعدة ومنتى تقدم الدرر في إحدى الرئتين يصيب الأخرى عادة ولا يعلم السبب في استمداد قمة الرئة للدرر أكثر من باقى أجزاء العضو وبعضهم ينسبه لضعف الدورة والتنفس فيها بسبب ارتقاعها في الإنسان وقلة حركات الاضلاع الأول ولم يثبت ذلك خصوصاً وإن تمدد الرئة عند النساء والرجال سواء مع أن المرأة تتنفس عادة بالقمة زيادة عن الرجل وقد شاهد المعلم (مورقوت) حصول الدرر في الخافة المقدمة للرئتين عند طريح الفراش والحال

ان التمس عند هؤلاء المرضى كان قويا في هذه الاجزاء زيادة عن بقية اجزاء الرئة
ولاجل ذكر هذه الاوقات المختلفة بما يلزم اعتبارها على افرادها بالتفصيل من ابتداء
ظهور الحبيبات الدرقية او الارتشاح الدرقي الختامية تكون الكهوف وعواقبها
الحبيبات الدرقية الحبيبات الدرقية السفالية الصلبة الدقيقة الحجم التي لا يزيد حجمها
عن بل من مليمتر بحيث لا تشاهد بالعين العارية ويعبر عنها بحبيبات بيضاء نادرة هنا وتشاهد
في الدرنة العام الحاد الذي سنذكر قريبا وجلسا في الخالب جدران الاوعية الدموية والنفوية
واما الحبيبات الدرقية التي تشاهد هنا فهي الحبيبات الدرقية السفالية الاقل هلاكة التي
حجمها يصل من نصف مليمتر الى مليمتر ونصف بحيث يمكن مشاهدتها بالعين العارية كحبة
الذخ مستديرة بارزة لونها سحابي نصف شفاف في الابتداء ثم تصير مصفرة معتمة فيما
بعد مقاربتها الاسفالة الحبيبية وتوجد ملتصقة جبا بالانسجة بحيث لا يمكن اخراجها بدون
نزع الاجزاء الرخوة معها وجلس هذه الحبيبات المعتادة (تج ريد فلايش) جدران الشعب
الشعرية النهائية بحيث تحيط بها على هيئة هلال أو كم ثم تمتد من الشعب الى اللوليا الرئوية
الجلوة وتغرف جدرانها وتتكاثر وتمتد وتكون ما يعرف عنه بالنواة الدرقية التي قد يفصل
حجمها الى قدر البندقة أو البيضة ويتسبب عنها تكاثر النسيج الرئوي حولها أو التهاب الشعب
الشعرية واللولايا الرئوية المسببة وارتشاح جدرانها بخلايا جنينية وانصباب بشرة غشائها
الحطائي وامتلاء تجويفها بخلايا بشرية كبيرة بعضها يستحيل الى اللوليا الشعية وهما يعرف عنه
بالتهاب المشعي الرئوي الدرني وبعض الحبيبات الدرقية يقف جدران الشعب الشعرية
وتبرز لمنها وتنسد الانوية الشعرية وهما يعرف عنه بالتهاب المشعي الباطن الساد
والاوعية الشعرية المجاورة للدرنة اما ان تمتد وتصير دالية وتصاب بالدرنة كالشعب
الشعرية فتحيط بها الحبيبات على هيئة كم وترشح جدرانها وتحدث التهابا شرييا سطحا واما ان
تبرز في داخلها وتسدها ويخرج عن ذلك بالتهاب المشعي الباطن الساد ولا يقتصر الدرنة
على نزع واحد من الاوعية الشعرية بل يصيب انواعها الشريانية والوريدية الشعية والرئوية
والينفاوية معا

(الارتشاح الدرني أو الجنف) يظهر لا يتشاح الدرني في الابتداء على هيئة مادة سفالية أو هلامية

نصف شفاقة ثم مصفر معقة فمابعد ويمتد الارتشاح والنيج الرئوي والتساع كبير أو يكون
حدودا في بورة مختلفة الحجم وبالنسبة لعونه وهيبته يسمى بالارتشاح الجفيف وينسب من
هذا الارتشاح تكاثف النسيج الرئوي والتهاب شعبي رئوي درفي يمكن تسميته بالالتهاب
الزمن الدردي وبالبحث عن مادة الارتشاح بالميكروسكوب يوجد في النقط الحديثة العهد
السطحية بعض الخلايا الهاشمية التي هي أساس الحبيبات الددرية إلا أنها هنا متبددة سريعة
التهيب والاحتالة الشمية ولذلك لا توجد في الارتشاح الأقدم للصفر المعتم الجفيف
بل توجد فيه خلايا بشرية وكرات ليفاوية مفسودة بالاحتالة الشمية ومصحوبة باللون
وسدة متنوعة وجميع هذه الآفات تقيز عن الالتهاب البسيط بوجود الباسيل الدردي فيها
ثم أن كلا من الحبيبات الددرية والارتشاح الدردي يجب انسداد الأوعية الشعرية
حولها وتبقى عديمة الوعائية في الابتداء وتكايد احتمالات متشابهة فبعد أن كانت بخافية
نصف شفاقة تعبر مصفر معقة وهذا يرجع عنه بالاحتالة الجينية ولا يستثنى من ذلك
الاحبيبات بيل فاتها في الغالب استمرارية وتستمر أو تفرم أو تسقط إلى الحالة اللبعية
وتتصاحل الاحتمالات الأخرى وتبدي الاحتمالة الجينية المذكورة في وسط المنواة
الددرية بالحبيبات القديمة أو بالنقط الأقدم من الارتشاح الدردي وتنتهي باللين والتقرح
ويظهر في جدرها حينئذ أوعية حديثة التكوين تقبل بالأوعية الشعبية
وبالبحث الميكروسكوبي عن بورة اللين الدردي يوجد فيها خلايا من الالتهاب الرئوي التي
سبق شرحها بعض آثار النسيج الرئوي والأنابيب الشعبية والأوعية المتلاشية كالألياف
المرنة وجزئيات الفقرايف وحيث أن مواد اللين والتقرح الدردي تخرج بالسعال مع
البصاق فما بالبحث عن البصاق توجد فيه الألياف المرنة للنسيج الرئوي ووجودها قبل
استكشاف الباسيل الدردي كأنه يقترب من العلامات المهمة في تشخيص الدرد
وخلاف الاحتالة الجينية يشاهد في الدرد الرئوي أحيانا حصول الاحتالة اللبعية أو
الكسسية التي تعتبر انتهاء حميدا وسندكرها قريبا
(الكهوف الددرية) من حصول اللين والتقرح في الارتشاح الدردي أو في الحبيبات الددرية
للغلبة للخلايا الرئوية يعقبها نجاؤها صفة تسمى بالكهوف الخلوية ثم بجماع
الكهوف

الكهوف العلوية المتجاورة بعضها تكون كهوف أكبر منها تسمى بالكهوف الفضيلية
وباجتماع الكهوف الفضيلية ببعضها تكون الكهف الفضي الذي يختلف حجمه من
قدر البندقة الحجم البتقالة أو أكبر منها وحيث أن الكهف الفضي يتكون من اجتماع
عدة كهوف فضيلية يوجد سطحه منتعنا غير منتظم وتجويفه مغزنا بالجملة مارة من إحدى
جهاته إلى جهة أخرى وتكون هذه الأبلجة أمام النسيم العلوي بين الفضيمات أو من
النسيم الرئوي المتكاثف الذي يختلف من اتصال الكهوف الأصلية ببعضها أو من
فروع الشرايين الرئوية المتعاضدة وقاومت تأثير الدرن عليها

وبالتأمل في جدار الكهف توجد متكونة ابتداء من طبقة من الدرن المتجانس
ووجود هذه الطبقة الجنية يدل على استمرار اتساع الدرن الذي لم يزل يتجدد
في محيط الكهف ويصيب النسيم الرئوي في مسيره وربما وصل إلى البلورامين الفصوص
الرئوية وإذا وصل إليها فأما أن يقف ويقتد الكهف في القص العلوي وإما أن
يثقب الغشاء المصل ويسرعى إلى القص السفلي من الرئة فتكبر تجاويف الكهف على
الدوام من أعمال إلى أسفل

وفي أحوال أخرى تلين الطبقة الجنية المكونة لجدار الكهف ولا يتجدد الدرن في
دائرتها ويعقب ذلك تجرد الكهف منها وتغطي جدار الكهف طبقة من غشاء جريد
شبيه بالغشاء القيني للنواصير أو بالأحرار الحية للقروح يفرز مادة صلبة
باعتصامها تساعد على شدة تحمى للدق وقد يستحيل هذا الغشاء إلى نسيج ليفي نادر
ينتهي بالتخام الكهف وشفاؤه

وفي بعض الأحيان يسبق تكون الكهف تمدد الشعب المتجاورة عقب إصابة جدرانها
وقد مررت بها حيث أنه متى ابتداء الكهف يوجد جزء من جداره أملس متكونا من سطح
الشعب المتعددة (لايك هامتون) فإذا اتلف الكهف أيضا بغشاء أملس حديث
التكوين شبيه بالغشاء المخاطي يصير الالتئام بالتد الشعبي كبر ولكن يتقيد
الكهف بوجود الأبلجة السابقة الذكر وإذا ما كملت الأبلجة وانقطعت فلا تزال
أطرافها ساقطة على جدار الكهف كالسجة أو الشرايين

وفي بعض الأحيان توجد درجات الدرن المختلفة أحر الدرن السحابي والخبثي واللين
 والتقرح عميقة في شخص واحد فيووجد في قمة الرئة مثلاً كهف تام التكوين أغص
 تفرج فيه الدرن في مركزه ويخرج مع البصاق وتحتة وبالقرب منه بورة درنية
 اصغر من الكهف فيها الدرن متجبب ومركزه في حالة لين واسفل من ذلك بورة ثالثة
 أصغر من السابقة متكونة من حبيبات درنية سحابية ومركزها أصغر متجبب
 ولا يتغير امتداد الدرن في الرئة المصابة من أعلا إلى أسفل بل يصيب عادة الرئة
 الثانية ويمتد إلى العقد الشفوية الشعبية والحجرة والأعضاء البعيدة كالقناة
 الهضمية وبخصوصها المفاصل للعضوية والكبد والطحال والبريتون والمراكز
 العصبية سيما الحيايا والأعضاء التناسلية البولية وبالأخص الكلى والمخيتين
 وبوق فالهاب

ويصيب الكهف الرئوي دائما التهاب بليوراوي جاف يصف عادة بكون أغشية كاذبة
 تظم البليورا يحدرك الكهف ويحصل في البليورا في المنادر انسكابات مصلية أو مصلية
 ليفية أو قيحية أو دموية أو تنشب البليورا ويحصل انسكاب هوأى خطو وبالجث
 فيها عن الباسيل الدرن يوجد عادة في الغشاء الكاذب في الطبقات المجاورة للكهف
 ولا يشاهد الا التهاب الرئوي اللين ولا التقرن الرئوي في السال الرئوي
 ثم أن تجويف الكهف يحتوى ابتداء على بعض ندف من المواد البنية التي تجرأ وتخرج
 مع البصاق ثم يظهر فيه العديد الذي يتجدد على الدوام من الغشاء المفرزله ومن
 النادر أن يكتسب رلثة منتنة وفي المادة تكون رلثة تقهية منوية ولحيا نأ
 يوجد تجويف الكهف فارغا يوجد جافة ويصعب حينئذ بصاق وفي بعض الأحيان
 يكون الكهف ممتلئا بالدم وبالجث عن ينوعه يوجد في جدر الكهف بعض الغرور
 الشريانية الرئوية في حالة انه يفرز ماوية وان احدها قد تفرق وأوجب التعريف
 اللندما يصير غزرا خطرا أو ميتا

(الاستحانة الليفية والكلسية) الدرن الرئوي لا ينتهي دائما بالموت وشوهه
 حصول الشفا في درجاته المختلفة كما يثبت ذلك وجود آثار الكهوف الدرنية
 الملحقة

الملقحة في جثث الشيوخ الذين ماتوا بأسباب مرضية أخرى ويحصل الشتاء باستحالة
التدرب إلى الحالة الليفية أو الكلسية مما يؤكد أن هذه الاستحالات درنية وليست
التهابية بسيطة هو وجود الباسيل الدرنى في محيط الندبة الليفية أو الكلسية التي
لم يتم تكوينها

والاستحالة الليفية تشاهد في الجيبات الدرنية والكهوف أما الجيبات الدرنية فتعقبها
الندب الجيبية وأما الكهوف فتتحيل جدرانها ابتداء ثم تتكثف فيضيق الكهف جداً
أو ينسد بالكلسية على هيئة ندبة خفيفة يحوارها النسيج الرئوي متكاثفاً فيغاثق وتكون
الندبة نفسها مسحة صلبة جداً ودخلها بعض نويات صخرية كلسية أو طباً بشعيرية
كالحبنة الجافة وقد يعم الندبة ارتشاح جيري فتكتسب هيئة الحجر وصارته
ومشقى الكهف فإنه يكشف عادة نحو المواد الفقيرة ويجذب الجزء السفلى من الرئة
إلى الأعلى والخلف وإذا لم يكن الكهف ملتصقاً بالجلد الصدري عقب الالتهاب
البيوراوى فإن البيوراوى يجذب مع الكهف للتكثف لزيادة درجة محدودته مدداها
تتفصل عن جدره أو تنزق ويمتلئ الفراغ الناشئ من انكماش الكهف بتمدد الرئة
الانفريز يماوى الذى يصيب الفصوص المجاورة للكهف أو الرئة الثانية وتقوم
الاحشاء المجاورة فينجذب الكبد إلى الأعلى إذا كانت الندبة في الجهة اليمنى ويقول
القلب إلى اليمين بدرجة مختلفة وأما إذا كانت الندبة في الجهة اليسرى فتنجذب
المعدة إلى الأعلى ويعبرد القلب نحو الأبط الأيسر وتختلف الأضلاع العلوية وحالة
الكهف

وبالاعتصار يتصف السلسل الدرنى بتعدد وتنوع أشكاله فيكون على الدوام تقريباً
محصراً في أن واحد بالالتهاب الشعبي الرئوي والبيوراوى وجيبات درنية شجوية
وارتشاح حبيبي وتقرح درني وكهوف وابتداء اثر الحام ليفية أو كلسية في جدرانها
(الأعراض) قد يسبق السلسل الرئوي أعراض هجوم مدتها طويلة جداً ولذلك تسمى
بأعراض الشبهة وذلك كالفجوات الحفرية والشعبية المتكررة والسعال الجاف أو
المصحوب بصراخ مدغم أو القئ الدموي الذي يطرأ أحياناً على نوب وبعده الصوت

ثم حصول اضطراب في الهضم وفقد الشهية وغثيان أو قيء وتظهر على الشخص بهامة اللون والانبيا وتضعف قواه العضلية وتبدى عنه الخافة بطيء كل ذلك والمرضى يظهر أنه فقط أهل في نوازله وأخيرا متى حضر إلى الاستشارة الطبية يوجد بالاستقصاء الصدرى أن معه ابتداء التدرن ويوجد الباسيل للدري في صياقه وتستمر حالة المريض في التقدم مع بعض فترات يظهر فيها أن المريض حسن وقد يحسن حقيقة أو يشقى من التدرن في هذا المورد ولكن ينتهي الحال في الغالب بالسل الرئوى

وفي لحوال أخرى يبتلى التدرن بأعراض حادة كالحمى والتشعير وآلم الحذب والسعال والبصاق المزج المحمر بحيث تشبه الحالة بالالتهاب الرئوى وربما يهلك المريض في مسافة بضع أسابيع قبل أن يقرح التدرن وذلك نادر والعادة أن تقرح التدرن هنا يكون سريعا ويمكن استكشاف الكهف بالعلامات الطبيعية وبمعبر عن ذلك بالسل الرئوى الحاد أو التفت حاد

وأما السل الرئوى المزمن أو المعتاد فإنه قد يعقب السل الحاد أو يكون مزمن من مبدئه ويتصف بزيادة الخمول والضعف والانبيا وتواتر السعال والبصاق العديدي أو المدم وداوحى الدق والعرق الليل والأسهال ويكتب المسلول هيئة محفورة وأصغته تنفتح كلما تقدمت الكا شكسيا ويضعف البنفسج وتظهر الأورزى في الأطراف وتستمر المعقولية ومعها الأمل إلى كثر درجة من قو الحياة ولأجل معرفة هذه الاعراض مستوفية نعتبرها على اقترانها ثم نقيسها بالعلامات الطبيعية فقط

(الخافة والضعف والانبيا تعقب الخافة في أول الأمر وتستمر وقد تصل إلى درجة متقدمة بحيث يفقد الشخص مقدارا عظيما من وزنه للمعتاد قبل ظهور العلامات الطبيعية ثم تتقدم مع ظهور السل الرئوى حتى يفقد الشخص ربع وزنه أو ثلثه أو أكثر من ذلك إذا كان خفا قبل تعرضه ويبقى الجلا مستديرا أو جافا ويدق الشعر ويفقد طاقته ويجمعون

وليس هنا متعلقة باضطراب الهضم وحمى الدق والعرق والبصاق العديدي فقط

فقط بل يتعلق ايضا بالكاشكيا الدرقية التي تشبه الكاشكيا السرطانية وتحت
اينما وضعت الانسجة على العموم ماعد القلب فانه لا يصاب هنا بالضمور بنسبة
باقى الاعضاء بسبب ازدياد فعله الذى يعقب اصابة الشئج الرئوى وانسداد
الشرايين الرئوية

ويصعب الحفاة انيميا ومنعف القوى والنشاط فيتعب المريض من أقل حركة ويميل
الى الاستراحة المستمرة ولزقاده ويستيقظ صباحا في حالة ملل وقب وبغير مرض
يحفظ قواه العضلية مدة وأما القوى العقلية فلا تصاب عادة في سير المسلك
الرئوى

والانيميا تعد من ضمن الاعراض الابدائية ويتسبب عنها بهامة الوجه واليدين
واوزيما القدمين وخلافى اوزيما الانيميا المذكورة ربما يحصل الاوزيما المؤلمة
البضيا في الأطراف عقب تكون سدد ورديية واوزيما منتشرة عقب اصابة الكلا
أوالبول الزلالى

ويتسبب عن الانيميا أيضا تاخير العلق أو انقطاعه وحصول السيلان الأبيض
عند المرأة

(القيء والأسهال) يشاهد القئ غالبا في ابتداء المرض قبل ظهور العلامات
الطبيعية وقبل اصابة المعدة وقد ينسب الى تهيج العصب الرئوى للمعدة
ويحصل القئ فيما بعد ايضا من شدة السعال

وأما الاسهال فاما ان يسبق العلامات الطبيعية أو يعقبها لل وينسب
لاصابة الأمعاء الدقاق بالدرن

(الحى والعرق والبض) متى حصلت الحفاة والانيميا عند شخص فيه الشبهة
الدرنية يلزم الاعتناء في البحث عن درجة حرارته والتأكد منها ان كانت مرتفعة
أم لا وهل فيها تزايد في السماء أم لا وهل اليدين دافئتان والوجهتان تحتك
والنفس سريع والعرق الليلى موجود أم لا

والحى في السيل تختلف في السير والمدة فالحيانا تكون خفيفة جدا بحيث لا تنصل الى

درجة ٣٨ في المساء ولا توجد طول النهار أو في الغالب تكون أشد من ذلك
 بحيث تصل إلى ٣٩ أو ٣٩ ونصف في المساء وتخف مدة النهار أو تنزل عن
 الدرجة الطبيعية فتعتبر علامة رديئة وقد يسبقها الاحساس بالبرد والضعف
 ويمتد بها العرق بحيث تشبه بالحي المتقطعة وفي بعض الأحيان تشتد إلى جلاء
 وتتزايد في المساء وتصل إلى ٤٠ درجة وفوقها ولا تنخفض عن ٣٩ في النهار
 ولكن مهما كانت درجة الحمى هنا فأنها تتنازل عادة بعدم اصطحابها بالهذيان
 والأعراض الخفية الأخرى ولا الأعراض التيفودية كالسبات والبهامة وجفاف
 اللسان وقطعية الشفتين والأسنان بقشور مسودة الخ بل ترى بالعكس
 درجة النشاط العقلي تقريبا طبيعية ولا يشكى المريض بالعطش
 ويصير الحمى عرق غزير يحصل عادة في مدة النوم ويقصر على الجنب العلوي من الجذع
 خصوصا الرأس والصدر وتقبل مالا يسه ويثجد العرق إذا قام المريض نهارا
 ويوجب الخطأ في قواه

وليسع النخ من الحمى في المساء وقد تزيد سرعته بالنسبة لارتفاع درجة الحرارة
 ولكنه يستمر ضعيفا خوا وأقل حركة يفعلها المريض لتوجب زيادة سرعته
 ثم إن اجتماع الحمى والعرق والبض بالأوصاف المذكورة يعبر عنه بحمى الدق
 وتشتد كلما تقدم السل الرئوي وأكتب المريض هيئة المسلول التي تنصف بهامة
 الوجه وخافة الصدعين والظدين والحرار الوجهين متقابلة في المريض أقل ثقب
 أو انفعال نقسافه وفوقه الوجهين في المساء مدة شدة الحمى وقد يقتصر الحرارة
 الحد على الجهة المسامة للسل الرئوي فقط ويعيب ذلك وجود نقط مصفرة
 لامعة في الصدر والجهة كالحسنات يعبر عنها بكسوسا السل ونصف إلى ذلك
 لمعان العينين مع اكتساب الملمحة بهامة مزرقة محصورة ونحو شعر الهديب
 والحاجب وطوله ودقة شعر الحية والصدور فقد الحانة وهو يتجدد ودقة
 الأصبع مع زيادة في نحو السلاسية الظفرية وضخامة نفس الظفر واخفائه على
 هيئة كروية وهذا يعبر عنه بالأصبع الابوق الحمى ويمكن مشاهدته أيضا في
 أحوال

أحوال الالتهاب الشعبي المزمن وفي أمراض القلب

(عسر التنفس والسعال والبصاق) لا يشكى المريض بعسر التنفس وأثناء السعال لأن الغافة وضعت الجسم وقلة الحركة يقلل الاحتياج للأوكسجين فيتبها المريض أن تنفسه كاف وفي الواقع يستشعر أن تنفسه مستريح ولكن لا يمكنه فعل حركة شبيهة قوية وإذا تحرك يسرع تنفسه وكلما تقدم السعال كلما ظهرت علامات عسر التنفس حتى تنتهي بالتنفس الجلوس مع احتقان الوجه واليدين لاحتقان أكابيا ويتغطى الجسم بالعرق البارد

وفي النادر يشكى المريض بتألم في جدر الصدر وإذا حصل يكون في المادة سطحياً في العضلات لأن الالتهاب الرئوي والبيوراي مجلسه هنا عادة قمة الرئة وحركات الاضلاع في حد ذاته قليلة الامتداد محدودة

وأما السعال فإنه من العلامات الابتدائية للدرن الرئوي ويكون في مبدئه نادراً حقيقياً لا يحصل إلا في الصباح أو بعد فعل مجهود ويزول بالكلية مدة بعض أيام ثم يعود ويزيد ويكون جافاً أو يعقبه بصاق رغوي مائع أولزج قليلاً لا يشاهد فيه بالميكروسكوب الامادة مخاطية محتوية على بعض خلايا كبيرة حبيبية ثم مع تقدم المرض يصير البصاق مخاطياً قيصاً أو قيصاً صرغاً أو يكون مختلطاً بالدم أو مختلطاً به محمراً ولكن البصاق الأكثر حصولاً في السعال الرئوي يكون مخاطياً أو مخاطياً قيصاً يخرج على هيئة كتل صغيرة مبططة مستديرة منفصلة عن بعضها شبيهة بقطع المعاملة إذا وضعت في الماء ترسب في قاعه ما لم ينمها من ذلك التصاق بعض المواد المخاطية اللزجة بها وإذا تأمل لها وجد سطحها اسفجياً عنبياً أو شبهاً بالصفوف وهذا البصاق يأتي من كهف خلوي أو فضيحي ويخرج مجرّداً من الهواء ويعتبر أيضاً للسعال الرئوي ولكن يمكن مشاهدته في الالتهاب الشعبي المزمن أيضاً وبالجملة الميكروسكوب توجد فيه خلايا مخاطية وقيحية وكرات دموية والياق مرنة وبأسيل الدرث فتعين التشخيص وقد يخرج مع البصاق جزيئات من الحبيبات الدرنية في حجم

جبة الدخن أو البسله ولا يمكن تعيين منشأها بالدقة إن كانت واردة من الرئة
نفسها أو من العقد المتناوية المحيطة بالدرن متى اتصلت بالمشعب بعد تقعرها
(الثقب الدموي) الثقب الدموي يمكن مشاهدته في جميع أطوار الدرن ويندر
عالم حصوله ويتلون البصاق منه أو يخطط باللون الأحمر ويكثر حصوله
قبل ظهور أعراض الدرن أو بعد تقدم السل وكهوفه
وكثرة حصول الثقب الدموي قبل ظهور أعراض الدرن زعم بعضهم أنه هو
السبب في التدرن (نيمار ومورقون) ولكن المشاهدات الدقيقة والبحث الميكروسكوبي
عن البصاق ووجود الياسيل فيه وفي البصاق المدمم الدرني الذي يسبق
ظهور أعراض الدرن يثبت أن الدرن هو السبب في الثقب الدموي وأن الثقب
الدموي لا يحرك الدرن عند الشفخ السليم ومق حصيل الثقب الدموي يظهر
في العادة فجأة ويحس الشفخ بحجارة في الصدر ولطلق ويتفخم ويستشعر بطعم
مالح ويبقى دما محمرا رغويا يفرغ منه المريض وبعد ربع أو نصف ساعة ينقطع
الدم بالكلية أو يعود في اليوم الثاني أو الثالث وفي الانتهاء يخرج الدم مسرا
لنجا بسبب ركوده في الشعب وقلا يبق الثقب الدموي ظهور السل بجفأ شهر
أو سنوات يكون فيها الشفخ متمعا بظواهر العصاة التامة ولا أثر للعلامات
الطبيعية عنده ويفسر حصول التزيف الرئوي بتفجيع النسيج الرئوي واحتقان عقب
ظهور الحبيبات الدرنية فيه وقد يمتد هذا النسيج بالفعل المنعكس إلى الأنف ويحبل
الرعاف حينئذ قبل الثقب الدموي أو معه ثم متى انسدت الأوعية الشعرية بالدرن
تتقدم الأوعية الأكبر منها وتسبب الثقب الدموي فيما بعد وفي بعض الأحيان يكون
التزيف الرئوي غزيرا ويتسبب عنه هلاك الشفخ وينفج الحمة وتوجد الحبيبات
الدرنية في الرئة ولم يظهر لها أعراض واضحة مدة الحياة وعلى العموم يكون
الثقب الدموي أكثر خطرا إذا اصطبغ بأعراض حمية
وأما حصول التزيف في السل بعد ظهور الكهوف فأنه يتسبب أما من تمزق
فروع الشريان الرئوي التي تقاوم التآكل مدة وتسقط عريضة الحمة في

وسط الكهف واما من انفجار الانفوزيما الشغريانية التي تتكون غالبا في جدران الكهف
ويصف التزيف هنا بغيره وشدة خطر فانه قد يؤدي الى الموت الفجائي
هذا ما لم شرحه في خصوص اعراض السيل الرئوي وصف اليها اعراض المضاعفات الشقية
التي تقبب اصابة الانسجة وغيرها من الاعضاء المختلفة في الجسم بحسب مقاومتها للرغز
ومدة معيشتها و باجتماعها تتكون اعراض السيل الرئوي على العموم
(العلامات الطبيعية) تختلف العلامات الطبيعية على حسب درجة التدرج والمضاعفات
الرئوية والشعبية والبيورالية المضاعفة له ولذلك يقتضى شرحها في الأذوار الثلاثة
المعمودة للدرن وهي الدور الابتدائي ودور تكاثر الرئة ودور الكهوف
(الدور الابتدائي) قد تكون العلامات قليلة الموضح جدا في هذا الدور ويحتاج الطبيب
الى تكرار اعادة البحث مدة ايام متوالية حتى يمكنه الحكم على اصابة الرئة ومن ضمن العلامات
الاولية نقص حركات قمة الصدر في احدى الجانبين مدة التنفس والاجل التحقق منها
يقف الطبيب خلف المريض ويضع يديه تحت الترقوتين ماسا لها بخفة فيشعر باختلاف
الحركة في الحفرة تحت الترقوتين فاما ان تأخر احدها في دفع اليد عن الاخرى او تكون
احدها ثابتة والثانية متحركة وحدها

ثم بالقرع المنجب بالدقة يمكن وجود اختلاف في الرئانية من الامام او الخلف ويبدأ
بالقرع العظمى الترقوي ثم يعمل القرع في الحفرة تحت الترقو وضوقها وتنوع قوة القرع
في كل نقطة ثم يقرع التسم فوق شوكة اللوح بقوة مناسبة لسماكة الأجزاء الرقوة
فيه ويضعف الرئانية في إحدى الجهات المذكورة يبلن بشبهتها لاصابة
ويأقسمع تحت الترقوة وفوقها وفي الحفرة فوق الشوكة يمكن الاستشعار باختلاف في
الطرب المحصيل في هذا قمة الصدر فان كان متوقعا او معقودا في احدى الجهتين كان شبهة
كبيرة في اصابة الرئة في هذا او يوجب الشيق قويا والزفير مستطيلاعنه ومقطعا او
توجد فتحة بين الشيق والزفير وتقطع التنفس فاشع من بروز الحبيبات الدرنية داخل
الشعب الشجرية ثم تظهر الفرقات الدقيقة الجافة والفت فرقات الموصقة او بعض
خرخر صغيرية رقيقة وفي بعض الأحيان لا يتسرهماها الابعار السعال بقوة

ووجودها إذا كان مضمرا على لغة الرئة مهم في التفتيش لأن الالتهاب الشعبي البسيط لا يكون مضمرا في هذه النقطة إلا في أحوال استثنائية

الدور الثاني دور تكاثف الرئة في هذا الدور تزداد الإصمية وتتفتح وتغير الخواص رطوبة غاطية ويجمع النخع الشعبي والصوت الشعبي وتكاثف الرئة يوجب الإصماس بوصول ضربات القلب تحت الأذن ولذلك تكون أقوى إذا كانت الخافة المدممة للرئة مصحبا أيضا وفي هذا الدور ربما يتبدل التدرج في نقطة أخرى لتكاثف العلامات فيمس مثلا بالنخع الشعبي والصوت الشعبي والقيمة التي يسمع الخواص الغاطية ويحس بالفرقات الجافة في القيمة اليسرى ويستشعر بعض احتكاك بليوراوى جاف في نقطة أخرى وقد يشاهد في هذا الدور هبوط الحفرة فوق للترثرة ونحها أو لتضامها قليلا وينسب ذلك إلى تنوكة العضلات وابتداء انكماش الرئة وبقياس الحرارة توجد مرتفعة في هذه التدرج ببعض عسور عن النقطة المقابلة (بيوت)

الدور الثالث دور الكهوف وتخرج المدن تزداد فيه الإصمية بسبب تكاثف النخع الرئوي وتكون الإصمية الكاذبة السمكة عيب الالتهاب البليوراوى الذي يلزم جدار الصدر بالكهف ولكن قد يسمع للقرع صوت الأكواء المشعور الذي يشترط لخصوله اتساع تحريف الكهف واعتداله بالشعب بحيث يمكن خروج بعض الهواء منه وفي القرع (رابع الموضع) ومما اجتمعت هذه الشروط في الكهف ربما حصلت علامة خاصة هنا وهي سماع ضربات القلب على بعد بعض أقدام شبيهة بضربات رقاص الساعة وهذه الظاهرة تفسر بكون ضربات القلب تضغط على جدار الكهف فيخرج بعض الهواء من الفم والأنف ويوصلها إلى الخارج ولذلك يمكن إيقاف هذه الظاهرة حال ابتلاع الفم والأنف وفي ابتداء ظهور الكهف ربما لا يسمع إلا القراق الغاطية ولكن متى تكون الكهف تعطلت تلك القراق بالنخع الكهفي والتكلم الصدرى وإذا كان الكهف متساجدا يمكن سماع النخع الزلوى والصوت الزلوى والرنانة المعدنية المنتسح في الانكساب المتأخر البليوراوى هذا وقد يكون الكهف المنتسح لغة أصميا لا تسمع فيه الناطق تنفسية ولا صوتية وقد تقتصر هذه العلامة على لغة الكهف وحدها (ويلش)

وإذا

وإذا انتهى الكهف بحالة الليفية والنم تكون الأضحية تامة ولهذا يمكن اعتبار تمام الأضحية علامة حميدة لأنها تدل على كثافة كبير ربما كان متعلقا بالاحتالة الليفية ويجعل تشوه الصدر وتحول في الانشاء يختلف بحسب جلس الكهف فإذا كان في القبة البيض توجد الزقوة والكثف مخفيين والقلب يحول إلى الأعلى بينما بحيث يمكن سماع ضرباته بقرب حافة القص البيض ويجرد القلب بجذبا إلى الأعلى بقوة وإذا كان الكهف في القبة اليسرى سبط الكهف الأيسر ويقول القلب إلى الأعلى إذا بحيث يمكن سماع ضرباته في المسافة الثالثة أو الثانية بين الأضلاع وتغذب اللدة إلى الأعلى وقد يصل إلى الضلع السادس أو الخامس منه

السير ولادة والانتهاه مدة السل الرئوي تختلف من بعض أشهر إلى عدة سنين وقد يحصل الموت في أشهر الأولى في الارتشاح الدرنى أو الالتهاب الرئوي البيض (ترويا) وتتميز هذه الأحوال النادرة المعروفة بابتدائها الحثاني كالالتهاب الرئوي اللينى لقمه ولكن لا تشاهد التشميرية الوحيدة ولا يظهر النخ الشعبي ولا الصوت الشعبي في الالتهاب البيض الأبدى مضى نحو الأسبوعين بالأقل وفي أحوال الغزى يستغرق السل بحالة المادة المذكورة ثم تهدأ الأعراض ويحول المرض إلى الحالة المزمنة المعتادة

ويختلف سير السل الرئوي ومدته باختلاف كثرة احتياض المرض فيرى بعض المصابين به يعيش عدة سنين قبل أن يصل إلى درجة النهوكة وتموت عليه أوقات تحين واضع تخف فيها الأعراض والسعال وتلطف الحى وتعود الشهية ويخف الضول بحيث يتوهم المريض أنه قد شفى ثم تشرد الأعراض من جديد ويتقدم المرض والبحر الآخر يصل إلى درجة السل والنهوكة المتقدمة في صافة بضعة أشهر أو سنة واحدة ويتعلق هذا الاختلاف في السير بأسباب عديدة أهمها الاستعداد الشخصي والاعتناء أو عدمه في مراعاة الشروط الصحية والمعالجة اللائقة أو الإهمال فيها ولذلك يرى أنه إذا كان المريض ضيقا ومعتيا بنفسه يتنوع مرضه ويتأخر ظهور عواقبه الخطرة وتطول حياته مدة سنين وقد ينتهى بالكفا التام وأما الفقير المهمل في حالته فأن مرضه يتقدم بسرعة ويصير خطرا أوميتا في اقرب وقت

وقد ستشهد اشخاص مصابون بالكهوف ومع ذلك لم يتقدم السل والتهوك عند هم
وربما عاشوا بهذه الحالة مدة سنين وهذا ما يجب اعتباره في الانتذار ومع كل ذلك فانتهاء
السل المتأخر هو الهلاك والشفاء منه نادر

واسباب الموت في السل الرئوي تختلف فاما ان يحصل من تقدم التهوك والاسهال والكشكسيا
وحى اللق أو يحصل من حدوث عارض ميت كالنزيف الغزير والاسفكسيا وانسداد الشريان
الرئوي وفي هذه الاحوال يكون الموت فجائيا أو يحصل من المضاعفات العظمى كالانتهاب
البليوريوى العديدي أو الانتكاس الهوائى في البليوريا أو من السل الحصى الذى يعيق
التنفس والسل البلعوى الذى يعيق الازدراد أو الدرنات المعوى المعصوب بالأسهال
أو الدرنات البريتوى أو السحائ أو التامورى أو من اصابات الكلى النشوية أو من
درن اللدماغ الخ

وأما التناور الشرجى عند المصابين بالسل فإنه يصيب الرجال غالباً من ٣٠ إلى ٤٠
ولا يستصوب اجراء العملية الجراحية لاجل شفاؤه فإنه ربما يعقبه ثوران في سائر السل وأما
معالجة عند المستعدين للسل الغير مصابين به فلا يعقبها زيادة والاستعداد
واما الانقيز بما الرئوي الذى تصيب المصابين بالسل في ابتداءه فان بعضهم يستجيبوا له
حميدة لأنها تؤخر سير السل (هرنس)

هذا وانتهاء السل بالشفاء ليس بنادر بالاستحالة الميعة الكلية التى توجب القمام
الكهف كما سبق ذكره غير مرة ولم يتصرف الاستاقتك هنا لأنه لم يشاهد
بالاستباليات الا الاحوال المتقدمة وفي الاحوال الابتدائية التى تشاهد في الخارج
لا يمكن تتبعها لغاية شفاؤها التام ولا عصرها وضبطها بالمدة الا بجن احوال
استثنائية

(التشخيص) تشخيص السل الرئوي بعلاماته المرضية او الطبيعية وحدها صعب في
الابتداء غالباً واذا كان في التشخيص شبهة فالاصوب تأخير الحكم وتكرار البحث عن المربع
وصحوبة التشخيص ليست قاصرة على الدور الابتدائي لأنها قد تستقر في الدور المتقدم
من السل فاذا كانت العلامات الطبيعية مثلاً غير واضحة يلبس الأمر بين الامهات الرئوي
والاوتلم

والأورلم لطيفة الفارة التي تصبها هوكة كاشيكسية مثلا أو يلبس السل بكاشيكسيا الزهري والايوخنذارية المضاعفة بسوء الهضم أو الاستيريا إذا اصطبغت بالبصاق الدموي وسوء الهضم والحافة والانييا والنقت الاسوي وحده موم فيعتى في تعيين سببه وقد سبق الكلام عليه

وبالمنظر لواعث صعوبة التشخيص قسمها المعلم (سيه) الى ثلاثة انواع النوع الأول السل الكامن الذي لا يشاهد فيه الا بعض الاعراض بدرجة غير واضحة كالانيميا والحافة وحما الدمق مع بصاق مخاطي او نقت دموي والنوع الثاني السل المتفوع الذي تكتسب فيه الاعراض هيئة التهاب حاد في المسالك الهوائية كالالتهاب الرئوي النضجي أو الالتهاب البلوري مثل النوع الثالث السل الكاذب الذي يكتسب فيه الافات الغير المدنية هيئة السل كالقدد الشعبي والاورلم الصغية الزهرية والايكاس الديدانية والاورلم انطيشة الرنة فلا جرت الحكم في هذه الاحوال المبهة يلزم اجراء البحث الميكروسكوبي عن الماسيل الدرن

ومتى تم تعيين تشخيص السل الرئوي يجب تعيين درجة امتداده في جهاز الرئوي وتكرار البحث يوميا لمعرفة اتساع الاصابة والباقي من الرئتين للتنفس فيبحث أولا عن قبة الرئة الثانية ثم عن الزاوية العليا الخلفية لفصا السفلى ولا جراء ذلك يلزم تعاليل ذراعي المريض امامه ثم يسمع في الظهر في هذا زاوية الكتف ولكن تشخيص الدرن التابع في هذه النقط لا يسهل بسبب ازدياد الخير الحاصل الناشئ من التنفس العوض وبسبب عدم المقابلة النسبية التي يعلم بها فرق الرئانية ولذلك يشاهد كثيرا في بحث المتوفيين وجود الدرن في نقط لم يصير تشخيصها مدة الحياة وانما يمكن ان يقال على وجه العموم انه متى كان الدرن متقدما في جهة من الصدر فلا بد وان تكون الجهة الثانية مصابة ولا توجد مستثنيات لهذه القاعدة الا نادرا

وأما تعيين النقط السليمة من الرئتين فانه يقوم الى بالبحث عن قاعدة الصدر صادة فيسمع في هذا التنفس الطفل والعوض المعروف بزيادة الخير الحاصل وتشخيص السل الرئوي عند الاطفال صعب لان اعراضه تشبه الالتهاب الشعبي

الرئوي للحاد ولا يتيسر التشخيص الا بواسطة الميكروسكوب وقد يصيبها الطفل الحديث
الوضع ويهلك بسرعة بدون تشخيص مؤكد واما عند الشيخ فان السل نادر ويقتز
يطلق سريعه وخفة اعراضه على العموم

(الانذار) مشكلة الانذار في السل صعبة فانه وان كان خطر اعلى العموم الا انه لا
يمكن الحكم في الغالب على السير والانتها والظواهر انه يمكن تأسيس الانذار على دور
الدرن ان كان ابتدايا او وصل الى دور اللين او دور التقرح ويمكن اعتبار درجة
التقرح والكهوف اخطر ما قبلها ولكنه ليس محل الصواب دائما الا انه ربما اكل الاسرف
هذا الدور الى العكس اي الى التقيين والشفاء فمثلا اذا انكوت الكهف بطي وتخطى
بقضاء امس غاطي فانه وان كان كبير الحجم الا انه ربما يعيش المصاب به رضاطويلا
والمشاهدات اليومية تدل على ان الكهوف المتسعة بطيئة السير ولكن متشوهة
علامات سريان الدرن في الرئة المصابة او الثانية فهذا يدل على زيادة الخطر
فان السل قد يكون بطيئ السير في رئة ولكنه متى اصاب الرئة الثانية تقدم بسرعة
والمهم هنا اعتبار درجة الوراثية عند المريض وكيفية معيشته واعتبار الانقراض
العامة فان ارتفاع درجة الحرارة الزائد وسرعة النبض وضعفه تقتجر خطره وتكون
اشد خطرا اذا اصحبت بفقد الشهية وسوء الهضم وزيادة العرق والاسهال ايضا
من العلامات الخطيرة واما النفت الدموي فلا يكون خطرا عادة الا في الدور الأخير
من السل

وأما من جهة سن المريض فان السل سريع الخطر عند الاطفال واشد خطرا عند المرأة
وعند الشبان بسبب اكتسابه الشكل الحلي في الغالب ويشد الخطر عند المرأة بعدد
الوضع لانها تستريح مدة الحمل فوعا ولكن بعد الوضع خصوصها اذا كان الفقو
الدموي غزيرا وكانت مجبورة على ارضاع طفلها فان اعراض السل عندها تكتسب
ثورا كما زائما وتصل الى درجة الهلاك بسرعة والسل اقل خطرا عند الشيخ لاحتلاله
غالبا الى الحالة القلبية ومع ذلك اذا اكل الشيخ ضعيف البنية قليل المقاومة فانه
الخطر يكون عنده في نسبة ضعفه

وبالاختصار

وبالاختصار وجود الشهية وزيادة وزن الجسم وانصراف الحيز العلامات الحميدة
ويكفي الاعتماد عليها في الانذار أكثر من العلامات الطبيعية

(الاسباب) السبب الوحيد المتمثل في الرئوى هو العدوى وأما بقية الاسباب فهي
مهيئة فقط وأهمها التوراة والعدوى والتوراة تسببان رئيسيان للسبب الرئوى
ويطلق بهما الاستعداد الشخصى الطبيعى أو المكتسب وتأثير بعض المجهجات على الرئة
والمؤثرات العامة كالبرد والرطوبة والسن والنوع والأقاليم وبعد شرح هذه الاسباب
نتبينها يذكر بعض الشروط التى تضعف الاستعداد للعدوى أو تخرج أو تمنعها

(العدوى) متخفف البصاق وتبدد أوجب انتشار الباسيل الدرنى في الهواء في
الأماكن المسكونة خصوصا في المدن الكبيرة المزدحمة وكل شخص من أهلها لا بد وأن
يكون عرضة لاستنشاق الباسيل مع الهواء أو ازدياده مع الاغذية والشرب
ووجود الباسيل ايضا في لحوم والبان الحيوانات المعدة للتغذية مما يزيد العرضة
للعدوى ومع ذلك فإن الذين يصابون بالسبب الرئوى قليلون بالنسبة لانتساع
وانتشار اسباب العدوى على وجه ما ذكر والسبب في ذلك هو مقاومة البنية
السليمة أو عدم قبولها لنمو الباسيل فالعدوى وحدها حيث لا تكفى لاصابة الشخص
الغير مستعد لها بل تحتاج لاسباب اخرى مهيئة أو مهيبة أو مضغفة لمقاومة البنية
حتى يتمكن الباسيل أو جراثيمه من اصابة النسيج انبرى فينوفيه ويتكاثر بعدها
بسهولة

وأهم بواعث العدوى هو الإقامة مع المريض بالسبب واستنشاق نفسه كما هو المشاهد
بين الزوجين فإذا كانت المرأة مصابة عدت زوجها وإذا كان الرجل مصابا عدت
زوجته وقال بعضهم ان للمريض ايضا قد يحدث العدوى إذا كانت الجمعية مصابة
بالعدوى

وأما مخالطة المصابين بالسبب كما هو حاصل بالاستبائيات مثلا ووجود الأطباء
والتامورجية والممرضات في قاعاتهم ليلا ونهارا فإنه لا يتسبب عنه العدوى
الإلا إذا كان هناك استعداد شخصى وقد أثبت ذلك الاحصائيات الاستاتيكية في

لوندرا

وأما استنشاق الهواء المصهور في المجتمعات كالتشلاقات والجون والمعامل والورث
والمدايس ونحو ذلك فإنه ربما أوجب العدوى لسببين الأول وجود الباسيل
الدفن في المكان والثاني تأثير الهواء المصهور على صحة الأشخاص وضعف مقاومتهم
للمدوى ولذلك أثبتت الأخصائيات الاستاتيكية في أوروبا تزايد السلسل الرئوي
في التشلاقات والجون الغير مستوفية للشروط الصحية لاسيما إذا كان اتساع
اود النوم ليس في نسبة عدد الأشخاص

(الورثة) ورثة السلسل الرئوي مشبوبة مؤكدة ولكن وراثته الداء نفسه أي
عدوى لمبين أو ولادته مصابة بالسلسل أو الجراثيم المدرية كما يشاهد في الورثة الذهبية
هذه ليست مشبوبة ولم يشاهد حملها والمادة أنه متى كان أحد الأبوين لاسيما
الأم مصابة بالسلسل فإن أولادها يكونون مستعدين لقبول العدوى والأصابة به
أيضا

(الاستعداد الشخصي وهيئة الصدر) الأشخاص المستعدون للسلسل يقفون هيئة
مخصوصة سواء كان الاستعداد وراثيا أو شخصيا فتكون أعضائهم عصبية أو خنثوية
وقد حصر المحل (ويليام جيز) أوصافهم بالدقة حيث قال
إن الشرايين المدوية فيتعصف بزيادة نمو المجموع العصبي والنشاط العقلي والجسمي وخافة
بعضه أنما يتأخر ورقة البطيخ وتكون رقيقة شداقة تتميز فيه الإوردة ويكون الوجه
بيضاويا وتقا طيبة لطيفة يمر عند الاسترخاء بسهولة ويتعصف أيضا بزرقة العينين
واتساع الحلق وطول الاهلاب ونسومة الشعروقة مفاصل الأطراف واستقامة
عظامها بسهولة التسنين وسرعة تكلم الأطفال

وأما المزاج الخنثوي فيتعصف بنمو المجموع التنفسي وكسل الجسم والعقل وسماكة
الجلد وكثافته وخفاته التقاطيع وثقل الحنة وسماكة الشفة العليا وجفاف الانف
وكبر البطن وسماكة مفاصل الأطراف وعرض عظامها الطويلة وثقلتها
وعند البقي يكون للمصدر هيئة مخصوصة فيكون إما إسجانيا أو مبططا ويتعصف
الاحتياجي

الجناس يضيق اقطاع المقدمة الخلفية والمستعرضة وزيادة قطع العمود و
 وبروز زاوية الموحين على هيئة اجضة ويتسبب هذا الاستعداد من شدة انحراف
 الانحلال الى الامام والاسفل ويصحب ذلك عادة نمو الهجرة وطول العنق وميل
 الرأس الى الامام قليلا واما الصدر المبط فيتصف بفقد تقوس الضفاريض الضلعية
 وتسطحها فقط أو انحسار القص خلفها ويصحب ذلك تباعد الكتفين وعرضها
 بحيث لو نظر الى الشخص من الامام وهو متكيف بالملابس لظن أنه قوى الصدر وكل
 من الصدر الجناسي والمبط اما ان يكون طبيعيا أو مكتسبا عقب الأمراض أو الاهمال
 فترية الاطفال

وتشوه الصدر الراشعي وده الحذبة وتشوه الصدر عقب استعمال المنطقة الفوقية
 عند النساء ويخوذلك يجب ايضا ضعف مقاومة الرئة وكذا امراض الصدر والربو
 التي تضعف التكسج كالاكاسر الليدانية للرئة والانكسار الصديدي للبيورقثلا
 فوجب ضعف مقاومة الشخص

والاسباب التي تضعف الجسم على العموم كالاعذية الرديئة والغذاء الكافية والاقامة
 في الهواء المظبور أو الفاسد والافراط بانواع وفي السكر والجوع وتكرار الحمل
 والموضع والارضاع والامراض الموجبة للجوع والحرقان كخفق الرئى وفقد الشهية
 الاستسرى مثلا وبعض الامراض العامة كالديابيطس والحمية والحمى التيفودية
 والسعال الديكي والزهرى الى غير ذلك فانها كلها اسباب تحدث الاستعداد للعدوى
 (المؤثرات الموجبة للرئة) اهمها استنشاق الأتربة التي تؤثر على الغشاء المخاطي الشعب
 والنيج الرئوي كاتربة الفحم والحجارة واتربة الفحم على العموم واتربة الصنائع كالسنان
 والخطات والفخزاني والحلاج والشاج وقبل استكشاف الباسيل كان المؤلفون
 يعتبرون السيل الذي يوجب هذه الاعراض غير دقي ولكن بوجود الباسيل مصابا
 للاطامه التشريحية والكهوف تفتن التشنج للمعيق

(البرد والرطوبة) يظهر السيل غالبا عقب البرد والرطوبة ويسلطن في الحوائط الرطبة
 ويزداد تأثير الرطوبة مع كانت بقية الشروط المعية لبيوت مهملة ولذلك

تتأخر مدد الرضخ بالسل في المدن التي حواري تخفيف رطوبتها بالعرايج الملائمة وتحتسب ضررها لصحتها العامة كما ثبت ذلك بالأحصائيات الاستاتستكية في إنجلترا وأميركا (باركس)

(السن والوع) السل الرئوي يصيب الذكور عادة أكثر من الإناث من سن ٢٥ إلى ٤٥ ويمكن ظهوره في كل الأعمار من سن الطفولية إلى سن الشيخوخة ولكن تختلف مبدئه مع السنين فيسير بسرعة عند الطفل والشاب ويبطل عند الكهل ويبطئ زائدا عند الشيخوسير عند المرأة أسرع منه عند الرجل

(الأقاليم) يكثر السل في الأقاليم المعتدلة ويقل في الأقاليم الحارة جدا والباردة جدا كما أنه يكثر في الجهات المنخفضة ويقل في الجهات المرتفعة جدا

(الشروط المعتادة للاستعداد للعدوى) الما لا ربا تمنع المصاب بها من العدوى بالسل وكذا السرطان فإنه من النادر اجتماع المرضين عند الشخص وبعضهم أنكروا ذلك وقال أن سبب عدم اجتماع المرضين عادة إنما هو سرعة سيرهما وإن الذين يصيب الشبان بالأكثر والسرطان يصيب المتقدمين فالسن وأما النقرس فمن النادر اصطحابه بالسل مع أن كلا من النقرس والسل يصيب الذكور ما بين ٢٥ و ٤٥ سنة

وضيق الصمام المترال لا يصعبه السل الرئوي إلا في أحوال استثنائية ولا يعلم السبب وأن كان متعلقا بآكتساب الدم أو صاف الدم الوريدي (روكيتانسكي) فهذا الرأي ليس بجواب لأن السل الرئوي قد يصعب ضيق صمام الشريان الرئوي وربما كان السبب متعلقا بزيادة الارتشاح العضلي والغشاء المخاطي الرئوي كما قاله (تراويا)

وأخيرا فالانقرص الرئوي تقيق ظهور السل وإذا حصلت في ابتداءه تؤخر سيره (روكيتانسكي)

(المعالجة) معالجة السل إما واقية أو شفايئة

أما المعالجة الوقائية فالغاية منها تنويع الاستعداد الوراثي وتقوية المقاومة ومنع

ومنع اسباب العدوى بقدر الامكان فليمنع التماهل بين الاقارب اذا كان
بعض الاعضاء مصابا بالسل ثم اذا كان احد الزوجين مريضا يلزم ان لا يمضيا
الليل في اودة واحدة ولا يتصرح للمصاب بالسل ان يتماهل كما يمنع من التماهل
المصاب بالزهرى حتى يتم شفاؤه ويلزم منع الأم المرضية من ارضاع طفلها
فيلم مرضية قوية البنية مجردة من اثار الدرن ولا يتصرح للطفل بالنوم مع والديه
في اودة واحدة ولا مع احواسان مصاب بالسل ويلزم تربية الطفل في الهواء
المطلق او في الأرياف او في الجهات المرتفعة بشرط ان تكون الجهة مجردة من الرطوبة
جافة ويتنى في تغذية الطفل ولا يطي اللبن ابدا الا بعد غليانه ويلزم تقويده على
الرياضة والاستحمام بالماء البارد وعلى التغييرات الجوية بغاية الاحتراس وتراعى
شروط النظافة ما أمكن وهووية مسكنه واذا اصاب بالحصبة او السعال الديكي
يعتق في فقاهته بغاية الدقة وتعالج النوازل بوقته ويلزم بحسب استب الزائد
مدى التعليم والدراسة وعدم التعرض لأي نوع من الافراط في الشهوية ورض
المصانع التي تؤثر على المسالك التنفسية ونهيجها كصناعة النعم وفريقات الحياج
والسجح الخ

ويلزم المريض تجنب البصاق في الأرض او في القماش او للتذليل وعدم تلويث الامة
بالبصاق بل يستعمل مضغطة مضمومة يعتق في نظافتها وغسلها بمضادات العفونة
مرارا في اليوم واذا توفي السلول يلزم تطهير فراشه وملابسه بالمغور وحرق ما
لا يمكن تطهيره وتبييض الحيطان بالمجير وعدم السكنة في اودته مدة
وأما المعالجة الشفائية فالغاية منها في الدور الأول منع تقدم المرض وايقافه
او تخفيفه وشفاؤه وفي الدور الثاني ايقاف المرض ومنع التكرار وفي الدور
الثالث تأخير الوفاة بقدر الامكان ومعالجة الامراض المتبقية

ففي الدور الأول تعالج الامراض المزلية الشبيهة الرئوية فيستريح المريض في
الفراش ويراعى الحمية الخفيفة والاختية اللينة او اللبن المصروف ويحسب
المشروبات النبذية والمبنية ويعطى في كل اربع اوسمت ساعات حبة من

الجوهر الآتية (كينا ٥٠٠ ويحيى ١٠٠٠ وليفون ١٠٠٠) ويدهن الصدر بصينة
اليود في هذا الالتهاب أو مزيت منقط أو توضع حراقة

ومنه تطفئ الأعراض الحادة وانضرفت الحمى يرسل المريض الى اقليم جاف صحى أو الى
شواطئ البحر المالح لتغيير الهواء مدة بضع اسابيع بشرط الاعتناء وحرارة شروط
المدبر الغذاء ومينام ويوقف مبدرا ويترك الاشتغال والاسباب المنبهة أو
المتعبة على العموم أو يرسل المريض الى الحمامات التى سذكرها

وإذا حصل النقص الدموى يدوم المريض على الاستراحة التامة والفرش ويبقى المعلقة
السابعة في المزيف الرئوى على العموم ويعالج السعال بالمسكنات كالأفيون ولورفين
مزوجة بشراب الطولو أو حمض البتريك أو يلاسم أخرى ويمكن ان يضاف اليها
بعض اللقنات

وقالج الانبيا الابتدائية بالمركبات الحديدية مزوجة بالقلويات أو بالحوار المرعى أما
تقطي عقدا رخيص لأجل عدم تنبه الدورة وعند بعض المرضى يترجح تسويق الحديد
بالمركبات الزينية وتقطي اما وحدها أو معصوية بالسليسيات فيعقب استعمالها
تنبه الشهية واعتلاء الحذين وتوردها وتقطي زرنخات الصورا بمقدار ١٠ رستق
كل يوم في الماء المقطر أو يقطي حمض الزرنيخوز من ٣ الى ١٠ ميليجرام حسب احتياج
الحبة على ارميليجرام

ويمنع الصقيع الابتداء اما بأخذ نقطة أو نقطتين لودائم قبل الطعام أو يؤخذ من
محلول الكوكابين ملحقة تحتوى على نحو نصف سنجرام وإذا نفاصا القيق يمكن غسل
المعدة أو الالتجاء الى التغذية الصناعية واعطاء المريض مقدارا كافيا من اللبن
والامراق والنشويات أو العدس المحضرة وحدها أو المضاف اليها مقدار ٥ ر
الح ٥٠ جم من مسحوق اللحم

وفي الدوا الثاني من السل اذا كانت الاعراض الانتهائية موجودة يكرر استعمال
الحرايق أو تستعمل بالمقضا أو بالترموكوتير مع المداومة على حرارة الحمية
الموافقة المخدرة وتقطي الكينا مع اللينجيتا لا تطفئ الحمى والمسكنات لتلطيف
السعال

السعال والقيء ومقل المساحق المطفية لتهريض الشهية وعند الاساك مقل الليثا
للخفيفة بلحتراس

ولاجل تنويم الالتهاب تستعمل البلاسم والكزبرة ذرة ويستعمل الجلبسرين وزيت
المسك كادوية غذائية واذ حضر الاسباب بحسب الدم والزيوت وتعالج الاشكال
بالزيت مع كرمونات الصبوا أو مصحوق دوق

ويمكن في هذا الدور ايضا استعمال الادوية المصنوعة للنسبيل كالبيودوفوم والبول
والاو كاليتول وحض الفينيك بروبيونيك وسلطوكارمونات الصبوا والجياكول
وأقوى علاج هو تغيير الهواء انما يشترط ان يكون المريض خالها من الحمى في السبا
ومن الاستعداد للنفث الدموي ومن التنبه الحصى الشحوب وان لا يتأثر من اللياسة
في الجو بدرجة خارقة للعادة فيرسل المريض اما في راحة بحرية تدوم بضعة اشهر
واحسنها جهة رأس الغشم والامستاليا

أو يرسل المريض الى الجبال الشاغرة كدافوس التي ارتقاها نحو ٤٠٠٠ قدم انما لا
يمكن الاقامة فيها الا في الشتاء لأن الهواء فيه يكون جافا جدا وأما في الصيف
ما بين ابريل واکتوبر فلا يمكن الاقامة بها بالنظر لطوبه الجو عقب زوايا
الثلج فيمكن للمريض ان يتوجه بعد هال الدسان مورتيس او الى جوار بركة
جيينا أو يتوجه الى الحمامات كبادن بادن وايمس واوبون وكوتريه وفيس بادن
ويشترط هنا ايضا ان يكون المريض خالها من الحمى والتهن وقيمه مستعد للنفث
الدموي وهناك جبال كثيرة في الاميريكا واسيا يمكن ان تتجه اليها ايضا
كالأند في البيرو وستافيه في ارياناو الجديفة وكاليفورنيا وميكسيكو
والكولورادو وجبال الهيماليا في اسيا الخ

أو يتوجه المريض الى قرب خط الاستوا أو الى افريقيا الجنوبية وان كانت الاقاليم
الحارة لا توافق حالته ترجح الاقاليم اللطيفة الحارة المعتدلة ككاديوا وجزائر الكناري
والجزائر ومصر وايطاليا وشواطئها كسان ريمو وكثير من المرضى يرتاح في
الصعيد أو بلاد الحبشة

وبعد ذلك نأخذ كالتسلسل متقدما في هذا الدور وخفيف على المريض من إرساله بعيدا جدا عن وطنه فالأحسن اختيار النقط الأقرب الجافة الصحية كملوان بلانسية البرية بجهة العباسية والطرية والمصيدة بقرب اصوان أو قنا وفي الصيف يمكن اختيار جهة شوالين البحر كلاسكندرية ورأس الوادي أو جهة جبال الدروز بالشام

وفي الدور الثالث يختص بالأكثر من حمى الدق والأسهال وأوطاط السعال والبصاق الحديدية فيسقط الحصى ويقوى الجسم باستعمال الكينا مع حمض الساليسيليك فيعطى مقدار جرام من مسحوق الكينا في ثلاث برشامات تستعمل في صفاقة ثلاث ساعات ويتلطف العرق الليلي بتشطيف المريض قبل النوم بالماء الخلى أو تعطى له حقنة تحت الجلد من الأترابين أو تعطى له البلاودنا أو حمض الجاليك أو مسحوق البصوقان الأخضر أو سلفات وأوكسيد الزنك أو الاستريكين ويوقف الاسهال بسا ليسلاف البرموت مع كربونات الصودا أو مسحوق دوفا أو تعطى له نترات البرموت في جرعة مع الكلورودين والصفع وأما السعال فيسقط بالمسكنات الأفيونية أو المورفين ولاجل تسقيص البصاق الحديدية تستعمل البلاسم والميرقول والكريوزوت وزيت السمك وفي هذا الدور يمكن استعمال الانبذة والبيلا وأكونياك بمقدار قليل لتقوية الجسم وتعطى الفسفات الكلية بأنواعها أيضا

ومند الباسيل شرع الدكتور بيرجود (بليون) في فعل الحقن المعوي بنفاذ الإندوجين الميكروت ومكنه لم يبق بالمقصود فترك الآن ويوصى باستعمال الحقن تحت الجلد بالكريوزوت والجاليكول وربما ارتاح المريض منها وقتما أو تستعمل الأذوية إذا كان كريوزوت والنيول والكالستول وكلنتاف (بنابولي) أو صا بادخال الباكثيريوم تيرمو في الزرة رزا أملا في أنه يستولى على الباسيل ويخيه ولكن الباسيل ذو مقاومة كبيرة والجواب في العامل تثبت صعوبة قتله في المحلولات متاملة للميكروبات المركزة وكذا حقنة التوبركولين التي طغت واشتهرت أخيرا لم تجد نفعا ولذا اختفت كما ظهرت بسرعة

٢) ثانياً في الدرن الرئوي المدخنة

الدرن الرئوي المدخنة كان يسمى بالدرن الصاعق وتكررت الآن هذه التسمية لأن الموت الصاعق فيه نادر ومدة المعتادة من اسبوع الى ثلاثة وقد تمتد الى بعض اشهر. ويمتيز الدرن الحاد عن السل الرئوي بظهور الهائ وانتشار الحبيبات الدرية في عموم الرئتين وسين السريع وهلاك المريض غالباً بالاسفكسيا قبل ان يحصل الدرن في الدرن وفي بعض الاحيان يظهر فجأة في سير السل الرئوي ويضاعفه وحياتاً ينتشر في أن واحد في الرئتين وفي بقية اعضاء الجسم كلها تقريباً فيعم الجريون والعليا والتامور وغشاء المفاصل ويصيب الكبد والطحال والكليتين والشعيرة والمعدة الغناوية الشعبية والمسايقية الخ وفي هذه الحالة يقال له الدرن الحاد العام

(التشريح المرضي) الحبيبات الدرية الشعبية النصف شفاقة ليل هي اساس الصعفات التشريحية وتوجد منتشرة في الرئتين احياناً بمقدار واف وكان السنج الرئوي اصيب بالوش وتوجد بعض الحبيبات بارزة على سطح اعضاء الحائط للشعب وبعضها تحت اليلورا وبشق الرئة يوجد سطح الشق عيباً بالحبيبات الدرية الشعبية تقريباً على حالتها الابتدائية النصف شفاقة أو يوجد بعضها فقط مصاباً بالدين المركب أو بالاسحالة الليفية والالتهاب الشعبي الرئوي الذي يصحبها قليل الشدة لأن انتشار الدرن بهذه الدرجة يوجب هلاك المريض بسرعة بالاسفكسيا قبل ان الدرن وقد تكون الحبيبات الدرية أقل عدداً وتكون حينئذ جسيمة بالأكثرفقة الرئتين ومصحوبة بالتهاب شعبي رئوي مختلف الشدة والمدة وربما يحصل فيه بعض ارتشاح درن وكهوف ميكروسكوبية عقب لئ بعض الحبيبات الدرية وتوجد نفس الحبيبات بعضها في حالة جينية وهو الحليل واغلبها يصير ليفياً أو غضروفياً صلباً ويصحبها استئفاع في العقد الغناوية الشعبية وقد يحصل هذا الاستئفاع في بعض الأيمان بسعة الى درجة كبيرة بحيث يضغط على الشعب ويحدث الاستئفاع وفي بعض الاحيان توجد الرئة مصابة بحبيبات درنية مسججة نصف شفاقة وسيلياً

درنية أقدم منها ليفية وهذا يدل على ظهور التدرن بهيئة ثورانية على مراد وقد تكون الرئة مصابة من قديم بآفات السل وتظهر الحبيبات الدرنية مصحبة له وفي هذه الحالة تكون الحبيبات في الجهة المصابة من قبل أكثر من الجهة للتعاقب وهذه الحالة أدت بعض المؤلفين (بولير) إلى تأسيس التدرن للشافوخ فقال إن التدرن الدخخ الحاد لا يكون أصليا أبدا ولا بد وأن يسبقه السل الرئوي أو تدرن عضوي آخر كالدمع والقاع الشوكي والعقد التغاوية مثلا يمكن اعتبارها ينبوعا للبائسل الدنف وجراثيمه التي تنتشر في الرئتين وما حلقها ولكن لأصحة لذلك في جميع الأحوال فإن وجود الدرن الدخخ الحاد الأصلي مثبت بمشاهدات عديدة

ثم إن الحبيبات الدرنية هنا تبصر في الظهور في جدران الأوعية الدموية والتغاوية وداخلها بخلاف الحبيبات الدرنية في السل فإنها تبصر حول الشعب الشريكة عادة كما سبق ذكره وقد تنتشر الحبيبات الدرنية ليلا في الأوعية الشريكة للطحال والتامور الباطنة للقلب والوريد الجوف والقناة الصدرية وفي الدم والسدد الدموية وكذلك يقال

إن التدرن الحاد العام يحصل من وصول البائسل إلى الدورة الدموية والتغاوية (الأعراض) أعراض الدرن الدخخ الحاد تختلف جدا باختلاف مقدار الحبيبات الدرنية وجلسها وانتشارها فقد يكتب المرض هيئة الالتهاب النحبي الشرس أو هيئة الالتهاب الشرجي الرئوي أو صفاة مع حركة هي خفيفة واضطراب معدى وعسر تنفس مصحوب بسعال وهباق رغوي أو دموي وخراخمت فقية أو غطاطية وقد تتضاعف هذه الأمراض بالالتهاب البليوروي وتصل الاستسكسيا إلى درجة الاختناق بسرعة ويهتد المريض في مسافة بجزأ يوم (من أسبوع إلى ثلاثة)

وفي بعض الأحيان يكتب المرض هيئة الربو الحاد فلا يصعب سعال ولا بهاق ولا علامات طبيعية ويكهن للمريض فيه خفيفة ويكون التام قليلا ويهتد المريض بالاختناق في مسافة بعض أيام (من ١ إلى ١٠)

وفي بعض الأحيان يكتب المرض شكلا يتفوديا مع صداع وسبات وبله ورعاف واضطراب معدى واستسقاء في الحبال ويشتد عسر التنفس بسرعة وينتهي بالاستسكسيا

وهناك أشكال مختلفة أخرى تنوع بتنوع أصباغ الأعضاء المهمة مع الرتين كالشكل
الدهاغي والرومانيزمي والكليوي التي تسمى كذلك بالنظر إلى سلطان الأهرام الحية
أو المضطربة أو الكليوية الحية
والأهمية الأعراس الرئوية والحي نشرها بالتفصيل ثم ذكر العلامات الطبيعية
التي أهيتها هنا تأخرت فنقول

أما السعال فيكون عادة قهريا جافا واذ لحصول البصاق فيكون عادة غاليا رغويا
ويكون في النادر غاليا صديديا أو دميا ولونه كلون الصدا أو العرقوس أو
يكون نقاد موعيا صفا وينسب ذلك إلى الاختقان الرئوي الشديد حول اللدنة
والأهم من السعال والبصاق هو صر النفس فيكون النفس في الابتداء متواترا وقد
يصل إلى ٥٠ أو ٦٠ في الدقيقة عند الكهل وإلى ٨٠ أو ٩٠ عند الطفل ثم يصير
متصرا جيلوسيا ويحتمل الوجه والشفتان والأظفار احتقانًا سيانوزيا وبعضهم
يستهبط هذا السيانوز علامة واضحة الألم توجد عند الشفخا أنفيزيمار رئوية أو آفة
قلبية توضحها وأحيانا يصعب السيانوز لال في البول وأوزيما الوجه والارطراف
وقد يزول البليكوز من البول المسكر إذا كان للرئتين مصابا بالديابيطس من قبل
(سيانوز)

وأما الحي فأنها تختلف في القوة فأحيانا تكون خفيفة ولا تزيد عن ٣٨ أو ٣٩ وأحيانا
تصل إلى ٤٠ وتكون مستمرة عادة بدون خفة في الصباح أو يميل فيها فرق بالخلاف
اعتدفت قليلا في المساء وتزداد في الصباح وتكون خفيفة في ابتداء المزمع عادة
ولا تكتب شدتها إلا بعد مضي بعض أيام وقد تسبقها أعراض حمية متعانة كالسعال
والسكر والعطش وقد تشبه والرق وقد يصحبها ظهور الحمى حول الألم
وأما النفس فيكون سريعا جدا وسهلا في الغالب تفوق نسبة مع النفس ويحب الحي
غاليا تمدد الحالة وزيادة الحاسة

وأما العلامات الطبيعية فهي قليلة الموضوح عادة فلا تتركز المبيبات الدنية في
عقلة واسعة بمقدار كاف حتى أنها توجب الأهمية وأحيانا يشاهد ضعف الرئانية

تحت الترقوة أو في نقطة أخرى وتعود الرئانية إلى أصلها في اليوم الثاني وتضعف في نقطة جديدة وتنقل الأهمية بهذه الصفة مهم خصوصا عند الأطفال وقد تزداد الرئانية في بعض النقط بدرجة الانقزيم كما يشاهد ذلك أحيانا في السيل الرئوي كما ذكرنا وينسب ذلك إلى ظهوره بالانقزيم في الرئة أو إلى النفس المعوي

وبالتبع لا يوجد شيء غالبا وفي بعض الأحيان يوجد والقوة تنوع أو زيادة في الخربط الحويصلي أو توجد خربط تحت فرقية أو مخاطية أو صغيرية مع استطالة في الصغير وتقطع النفس فيه بسبب احبابة الانابيب الشمية الدقيقة وفي بعض الأحيان توجد علامات ابتداء الارتشاح المدفوع والخربط المخاطية

(التخفيف) قد يستدل على التخفيف من الأمراض الدنية الموجودة مع المريض من قبل كالالتهاب الجرثومي أو السعال الدرنى أو التهاب الدرنى العفصلي أو الأذن أو الصلي أو الشرعي أو غير ذلك وفي بعض الأحيان يكون المريض مصابا بالسل من قبل أو يكون عنده الاستعداد الوراثي للسل

وليتيس الدرن الرئوي للماد النفوذ بالحي التفويضية لأن المريض يحصلان في سن الشبوية وتشاهد فيها أعراض متشابهة ولكن هيئة التبل هنا أقل بدرجة والحارة أقل انتظاما وتكون في العادة بدرجة واحدة في الصباح والمساء وقد أصبحا وسرعة النقص زائدة عن نسبه مع النفس ويحصل السيانوز بسرعة وكل ذلك مضاد لأعراض الحمى النفوذية ولأجل المساعدة على التخفيف يمكن البحث عن الشبكية بالمظنار العيني واستكشاف الميديات الدنية فيها ولا يتعمل ط الحمال بأبرة استقصاء دقيقة ويبحث في الدم عن الباسيل الدرنى لبحث الحكم

وأما الفرق بين التهاب الشعي الشرعي والشعي الرئوي البسيط والدرن فإنه صعب جدا لاسيما عند الأطفال ويحتاج إلى الاستئانة بسوانق المريض والبحث بالمظنار العيني عن الشبكية وبالميكروسكوب عن الجهاق للوصول إلى النتيجة

(الانذار) الدرن المدفوع الحاد من قتل في العادة وقد يحدث الموت في مسافة بعض أيام وفي النادر يته بالارتشاح الدرن ويسجل إلى الحالة المزمنة وفي بعض الأحوال

الاستثنائية

الاستثنائية تكون الجذبات الدرية قليلة العدد وتنتهي بحالة البنية أو الضروية
وبعد المريض ولكنه لايزال يحتس عليه من النكسات

(الأسباب) الدرن الدخ للماد الرئة أما ان يكون أصليا أي يبتعث عند الشخص
المفتح بظواهر الصحة المتامة أو يكون تابعيا للتدرية سواء كان مجلس الرئة أو عضوا
آخر وهو صيب في الأكثر الشيان وقلة يكتسب في المشقة قلت هيئة شبه ربانة وصيب
الذكر أكثر من الإناث وليس نادرا عند الأطفال وكثيرا أصابتهم بالخصوص بعد
الحمل القيودية والحسبة والقرمزية والجدرى

(المعالجة) غاية ما يمكن إجراؤه هنا هو الاعتناء في تقوية المريض كي تحمل المرض ومعالجة
الأعراض بما يوافق ويمكن إعطاء التين بمقدار جرام واحد ولودور الصوديوم
من ٥ الى ١٠ ج أو أكثر في اليوم أو يعطى من محلول السليمان أو اليودوفورم عند
الباسيل فأنه ربما يوقف تكاثره

§ البحث الثاني عشر في الآفات الزهرية للرئة والسل الزهري §

فيما سبق ذكرنا الآفات الرئوية الحضة والمقبة الهوائية والشعب الكبيرة وقتنا
أنها كثيرة الحصول وأنها قد تصل الى درجة متقدمة جدا حتى أنها توجب الخطر
والاستفسار ولكنها تخضع بسرعة وتزول بالمعالجة اللائقة وكذلك الآفات الزهرية
للرئة قد تصل الى درجة الخطر والسل المتقدم ثم يخرج المريض منها حاجة كأنها سحرة
مقدرة أو جيدا

(التمريض) الزهري الرئوي أما ان يكون محدودا على هيئة أورام صغية أو
يكون غير محدود بل منتشر على هيئة ارتشاح أو اسكلوروز وعادة توجد هذه
الآفات مجتمعة في الشخص الواحد

أما الأورام الصغية فأنها إما ان تكون صغيرة جدا كحب الدخن أو تصل الى حجم
الحلصة أو البندق أو البيضة وتكون متعدة عادة موحدة في النادر وعجاسها أما
في النسيج الرئوي أو تحت البليورا وتكون في الاستبداء صلبة محاطة بحفظة ليفية
ثم تلين وتصل الى الحالة الجبينة ويخرج مقتطعا بالأسطوانة مع البقايا

وبعقبها تجويف أو كهف

وأما الزهرى المرتفع فإنه ينجع الرئة وينشأ عنه التهاب شعبي رؤوى يكون حاداً في
النادر وقت حاد أو مزمن في الغالب وينتقل الارتشاح الزهرى عادة حول الأنايب
الشعبية على هيئة طبقة جنية ثم الخلايا الرؤوية وتخرج مع عناصر الالتهاب وتزال
الخلايا الرؤوية والشعب الشعيرة ويكثف النسيج الطلوي بين الفصيصات على هيئة طبقة
ليفية تحيط بالفصيصات للعباية ثم تلين الارتشاحات وتسفرح الرئة على هيئة التقرحات
الشعبانية التي تصيب سقف الحناك والمهارة والحفرة

وأما الأسكليروز الزهرى فإنه يشبه الالتهاب الشعبي الرؤوى المزمن أو السيروز
الرئوي ويتبدى الالتهاب بالنسيج الطلوي المحيط بالأنايب الشعبية المتوسطة أو يقرب
القرعة الرؤوية ثم يمتد إلى النسيج الدقيقة ويصل إلى الخلايا الرؤوية وينتهي في النسيج
الطلوي بين الفصيصات الرؤوية ويتسبب عنه تكاثف وخشامة في النسيج الطلوي
الذي يستحيل إلى الحالة الليفية ويضغط على الشعب في بعض المقطع ويجذب جدرها
ويشوهد أويدها في نقط أخرى ومقاصب النسيج الطلوي بين الفصيصات الرؤوية
أوجب ضغط الخلايا الرؤوية وكثافتها واضمحلالها بالاستحالة الشعبية فكثفت
الرئة في المقطع العبابة لونها خجائياً وقواماً صلباً وتزد عند شقها بالمشط وتوجد
فيها الشعب ممتدة ومشوهد والبيورايجوارها ملتصقة وسميكة داخلها انسكاباً
أوجافاً وقد يصل الالتهاب إلى الإصلاخ الجاورة فغصاب بالتهاب يحاط وربما وصل
الأسكليروز في بعض المقطع إلى صلابة نسيج اللؤلؤ ولونها الأبيض الصدف

وبالنسبة إلى الميكروسكوبي عن الالتهاب الرؤوي الفصيصي الزهرى الحاد والمزمن فوجد
العناصر النهائية التي سبق شرحها في الالتهاب البسيط مصحوبة بتخلية كبيرة
وحبيبات مسنودة ناشئة من الارتشاح الزهرى

والأعراض يبدئ الزهرى الرؤوي عادة بدون حمى ولا قصص خاصة بالمسح ولا
تسبب عنه حمى الملق ويكون سيره بطيئاً ولكن في بعض الأحيان تكتسب الأعراض
أورمان السعال الرؤوي الحاد فيبدئ بحركة حمية شديدة وسعال مسرور وعسر تنفس
في النفس

فالتنفس وبهراق مخاطي قيى وخافضة سرية وعرق غزير وتوسع الأضمة
والزغزوغ والنفث الشعير كما غدها في التهاب الضمى الرئوى الدرنى الحاد
أو الحمة الحاد ويعقب ذلك ظهور الكهف الرئوى والبصاق المستدير
كدرهم العملة وأوصاف السلس الرئوى الذى يتقدم الى آخر درجة في مسافة
بضع اسابيع بحيث يصير التشخيص جارا ولا يمكن الحكم عن سبب السليبية
ان كان هو الزهري أو الدرنى وانما يوجد عسر النفس اشد في الزهري
الرئوى وجلسه عادة في الجزء المتوسط من الرئة اليمنى في هذا الضلع
الثالث أو الرابع وحيث ان ذلك ليس له ثبات فلا يصح الاعتماد عليه
في التشخيص فلان البعث في الجسم عن الآفات الزهريه الضميه والقصبه والجبهه
والرقوة واثر الانظام الزهري وعدم وجود الماسيل الدرنى في البصاق
يمكن الاستدلال به على التشخيص ومتى حصلت الشبه يلزم الشروع في المعالجة
المؤجلة الا ان الشكل الحاد الزهري الرئوى نادر المحصول كما ذكرنا وفي الحادة
يكون المرض بطيئا

ويتصف الزهري الرئوى البطيى بأنه يبتدى بطريقة غير محسوسة بدون حمى
او تضخم اعراض شعبية رئوية خفيفة وسعال متكرر وبهراق رئوى بدون
خافضة ولا اضطراب في الشهية

وبالتسرع توجد بعض خثر مخاطية ثابتة في نقطة من الصدر ومتى تقدم المرض تزيد
انخراخا ويصعب عسر تنفس شديد يزداد في الليل وقد يصحبه نفث دوى وتالم في
جهد الصدر وفي العادة مجلس الاصابة هنا ايضا في الجزء المتوسط من الرئة في
هذا الضلع الثالث أو الرابع من الامام وفي هذا زاوية الموج من الخلف وكما تقدم
الداء تظهر علامات الكهف الزهري ولكن لا تصحبها الخافضة ولا حمى الدق مالم
تضاعف الكهف وضاعفاته اما ظهور ميكروبات القيع في الكهف أو ظهور الدرنه
الرئوى ويعقب ذلك السعال والدرنه ظهور اعراض السلس الرئوى مع الخافضة وحمى
الدق والاسهال الا ميراخى

وأما الاسكروز الزهري الزهري فلا يمكن تمييز أعراضه عن أعراض السيروز الزهري البسيط وتنبه الأعراض كما في الالتهاب الشعبي الزهري المزمن وتستمر مدة أشهر أو سنين وتتضاعف بأعراض التمدد الشعبي أيضا ولا يتوصل الطبيب إلى التشخيص إلا بالبحث عن سواق المرض الزهري وعن الجعاق الخفا من الباسيل وتحسن المريض بالمعالجة النوعية

وأما الزهري الرئوي البليوروي أعاصابة البليور من امتداد الزهري الرئوي فإنه يتصف بأعراض الالتهاب البليوروي البسيط الجاف أو المصحوب بإسكاز غزير ولا تتحسن حالة المريض بالمبدل بحيث أنه لم يشاهد الزهري البليوروي وسبقه إلى الآن فتخصيه ومعالجة مرتبطة بالزهري الرئوي الذي يتضاعف

به

وأما الزهري الرئوي اللدني فإنه يكون على شكلين وهما مضاعفة الزهري باللدني وعكسه أعصاب مضاعفة اللدن بالزهري وفي الحالتين يشتد الخطر جدا وأما الزهري الرئوي الحوراني فيشاهد أحيانا عند الطفل الحدث الموضع ويولد حينئذ ميتا وتوجد الرتان مصابتين بالالتهاب الرئوي الأبيض (كوبرشو) الذي يتصف باكتساب السنج الرئوي لونا أبيض سخايبا منتفرا فيها على هيئة جزيرت مع تبيس وصلابة في الرئة وأزمنت تحت المشروط وإذا وضعت في الماء رسبت في قاعه وتوجد فيها الأوصاف السكر وسكوية للسيروز الرئوي

ويظهر الزهري الرئوي الحوراني في العادة متأخرا بعد الولادة بضع أشهر لطاية سن العشرين سنة (لانسرو) ونقصه في الغالب ظواهر منزلية وفي الخفق والتعب فإذا وجدنا طفلا لمقاوى المزاج مصابا ببقاؤد متكررة مصحوبة بأعراض رئوية لا تحسن بالمعالجة العادية وكان الطفل محتلفا في شروط الزهري الحوراني يلزم الشروع بالمعالجة النوعية الزيقية اليودورية مع شراب الفجل البكري ويودور الحليد

ولاجل تشخيص الزهري الحوراني يلزم البحث عن الملامات المعتادة له وهي

أولا

اولا تشوع الأسنان الذي يصف بشرقة حافظها ووجود حفر فيها شبيهة
بالبودقة وتخططها بالعرض وصغر حجم القواطع
ثانيا احمايات العين بالالتهابات القرنية المتشعبة
ثالثا تشوع القصبة الذي يصف باستفاخ طرفها وتبظوعدم انتظام حافتها
المقدمة وظهور أورام عظمية في جسمها

(السير والانتفاء) الزهم الرئوي يظهر في الدور الثلاثي ويكون سيء في العادة بطيئا
ومدة طويلة من ستين إلى سنة ويكون في النادر حاد ليثبت يته في مسافة
ضيق اسابيع واحدا بامة متنوعة جد بحيث انه ربما يكتب هيئة الالتهاب الشبه
الرئوي الحاد والمرض البسيط أو السيرورزي أو المصوب بتعدد الشعير أو الالتهاب
الرئوي ويته بالموت إما بالكأسيكيا الزهرية التي تصف بفقد الحى وظهور
علامات الاستسالات المنشوية للأحشاء والأورام العامة وإما ان يحصل الموت
بالمضاعفات الميكروبية الحقيقية أو المدنية التي يعقبها ظهور علامات السيل
الرئوي الدرنى مع حمى الدق والعرق الغزير والأصبع الاسيراطي

(التشخيص والمعالجة) تشخيص الزهم الرئوي على العموم يبين على سوايق المريض
الوراثية والخصومية والأخت الزهرية المعطية له سيما الأورام الصفية للخصية
والهية والفقر الخ وتوجد صلت الشبه والزهر تستعمل للمعالجة النوعية العقوية
فيضطر لذلك للزريق (٤ الى ٦ جرام من الزهم الزريق) يوميا ويعطى بحدود البوتاسيوم
من ٢٠ الى ٤٠ في اليوم وإذا لم يتحمل المريض يتوخى الدواء فيعطى سيال أو سوسيتين
أو شراب جبير أو يحقن بيتونات الزريق أو السليما في تحت الجلد وتعطى المعينات
والمقويات حسب الاقتضا

(المبحث الثالث عشر في السرطان الرئوي)

الاسباب السرطان الرئوي اما ان يكون أصليا أو تابعا ويشاهد بالأكثر بين
سن ٤٠ و ٥٠ سنة وهو نادر عند الأطفال واسبابه السرطان الأصلي
كالسرطان على العموم تكون في الغالب جرجية احدث صدمة على الصدر أو من جروح

الرئة أو أصاباتها بدخول الأجسام الغريبة في الشعب وعوذ ذلك وأما السلطان
التابع فإنه يجعل أمان وجود السلطان في الأعضاء المجاورة كالحجاب الخارج
أو العامود الفترقي أو جدر الصدر أو القنطرة المصغية أو يكون غايبة السلطان
بعيد فتعمل الإصابة حيثئذ بواسطة الأوعية المتفاوتة

(الشرح المرضي) النوع الثاني هو الأكثر حصولاً هنا ويكون في الغالب سبقاً بأصابة
أعضاء أخرى كالثدي والخصية والرحم مثلاً ومجلسه في رئة واحدة أو في الرئتين
معاً ويكون أماناً منتشراً على هيئة نوات مركزية ولسحية أو محدوداً في بعض فصيصات
رئوية فيخوف فيها وتكثر خلايا غلات المواء الكبيرة المرافقة ويحد بالهيكل الليفي
للرئة (رأشيه) ويضيق على الأعضاء المجاورة أو يصيبها كالقعية والرئة والأوعية
والاعصاب ويصيب التهاب الأوعية المتفاوتة وأصابة العقد المتفاوتة الشعبية
والإبطية والفقية ويصيب البلود أعادة ويتسبب عنه التهاب بليوراوي مصحوب
في الغالب بانسكاب مدمم تزداد وفي بعض الأحيان يمتد السلطان إلى الجدر الصدري
ويؤكلها ويظهر إلى الخارج

(الأعراض) يتصف السلطان الرئوي بالأم عذوبة أو متشعبة وسعال وعسر
في التنفس يزداد مع تقدم المرض ويصعب نفاث دموي يكون في الغالب شبيهاً بصغير
الثور الأقربح ويحتوي على عناصر السلطان والليف رئوية مزنة وتختلف الأهمية
على حسب كون السلطان محدوداً أو منتشراً وبالمتسع توجد بعض خزل مصحبة بنفخ
وموت شعبيين

ومما أصابت العقد المتفاوتة الشعبية بالسلطان تظهر أعراض أورام الحجاب المتصرف
كعسر التنفس الشديد النوب وتشنج المزمار عقب منقبض الشعب الرئوي المعدع
والراجع والسعال المشبه بالسعال الديكي وعسر الأزدرد أو عقب منقبض المرث
وأوذيا الوجه والمق وتزداد الأوردة عقب منقبض الجذوع الوريدية وسرجه إلى
بيان هذه الأعراض عند الكلام على أورام الحجاب للتصنيف

ومما أصابت البليورا وحصل إلا انسكاب يزداد عسر التنفس وبالبل يخرج سائل
دموي

دموى غزوي قد يصل الى بعض لقوات ولا يمتدحه تحسن النفس
ومع كان حجم السرطان كبيرا يحصل تمدد في الصدر في حالته وربما حصل عديد من
الضغط الواقع عليه واذا برز السرطان الى الخارج يتقرح الجلد ويسهل تمييزه بالنظر
لهيئته المنقبضة ونسجه لليكرو وكونه

وينتهي سرطان الرئة بالهلاك اما تقدم الكاكيكيا او بالاسفكيكيا
(التنخيس) يصير التنخيس جدا اذا كان سير السرطان حادا كما هو القلب وتزداد
المصوبة اذ لم يسبقه ظهور سرطان في عضو آخر فليتبس بالسل السريع وربما
يموت التنخيس في مسافة بضع اسابيع ولا يحصل التنخيس الا في النجفة وكما اذا
كان سير السرطان الرئوي بطيئا فيمكن تنخيصه بالبحث عن سوايق الرئتين وعرضه
وبصافه ووجود الاصابات السرطانية في الكبد أو المستقيم او الغصية او الرحم
او الثدي او العقد السرطانية تحت الجلد في الابط والعنق وعلامات الكاكيكيا
السرطانية ولون لجلد التبقع ونحو ذلك
(الانذار والمعالجة) الانذار طبعا ردي جدا والمعالجة تنحصر في المسكنات
والحمية اللائقة

المبحث الرابع عشر في الايكاس الديدانية للرئة

(الاسباب) ظهور الايكاس الديدانية للرئة اما ان يكون تابعا لايديتيد الكبد
مثلا او اصليا ويكتفى حصوله في البلا لاكتيرة الكلاب التي اهلها يملكون في
تنظيف للمياه المعدة للشرب ويصل الجنين الايديتيد الى الرئة اما مع الدم
عقب شرب المياه القذرة او من استنشاق الاتربة الملوثة ويصيب الكهول بالاكثرة
(التشريح المرضي) الايديتيد يصيب في الغالب قاعلة الرئة اليمنى ويتوقف في الرئة
برقة الحفظة الديدانية او فقدها بالكلية ولذلك يسهل انتقارها في الشعب وقد يصل
حجم الكيس الديداني الى حجم رأس الكهل فيما الصدور ويضغط على الحجاب الحاجز
والمضغ ويحول الاحشا وربما قوس الماعود الفقري عند الشبان وتقع الكيس
اما ان يكون محتويا على السائل الديداني وهو يصير له فقط او يكون متقيحا

وقد ينخر الكيس في الشعب ويتفرغ بالكلية ويشفي ويصقبه اثره التام رطوبة لؤلؤ لمحول
 اخرى ينخر في البليودا أو في الاعضاء المجاورة ويصقبه تنقيح للثة وعوارض شدة
 (الاعراض) اذا كان الكيس الديداني صغيرا فإنه قد يستمر كما مناسحة يتكبد
 واعراضه المعتادة هي الألم وعسر التنفس والسعال الجاف اللين مع ضعف وملل
 في اللحم وباستقواء الصدح توجد في بعض الاحوال اصمية مصحوبة بخراشع شبيهة
 ونفخ شعبي ومثقا الكيس ومنفطة على جدار الصدح بما يتسبب عنه بروز للسائل
 بين الاضلاع ونشوء واضح وقد يصعب نفث دموي أو نزيف خطر أو عراف أو
 حبة في الصوت ولكن هذه الاعراض ليست ثابتة ولا يمكن بناء التشخيص عليها
 واما اذا انخر الكيس وانتفخ في الشعب وكان كبير الحجم فإنه يتسبب عنه نفخة سعال
 قوية وعسر التنفس ويخرج السائل كالقيح الشعبي من الفم أو منه أو من الأنف
 معا وربما أوجب الهلاك بالاختناق لغزارة ويكون السائل في الغالب قيحا مدما
 ممزوجا بالايديتيد وبعض اجزاء من أغشيتها وربما يتكرر خروج السائل عدة مرات في
 مسافة بعض اسابيع وباستقواء الصدح حينئذ توجد علامات القصور الرئوي
 واما اذا كان الكيس صغيرا أو جعل انفجاره في الشعب الصغيرة فإنه يتسبب
 عنه نفخة سعال يعقبها بصاق عكر شبيه بمصير التوت الافنجي عديم الرائحة أو
 ضتنا وممزجا بأنثاد لمويصلات الديدانية والكاليب أو بعض اجزاء من الغشاء
 لمويصل الايديتيد التي بواسطتها يتأكد التشخيص وقد يستمر خروج هذه الأنثاد
 الديدانية مدة بضع اشهر أو زيادة عن السنة وقد يصحبها ظهور الاجزء كما
 يحصل في ايديتيد الكبد وقد ينتهي الكيس بالشفاء بسرعة بعد انفجاره اللذان
 وتفرغه في الشعب

واما اذا انتفخ الكيس الديداني فإنه يعقبه تنقيح الرئة او غنغرسها او نزيف قاتل
 واذا حاش المريض تظهر عنده القشعريرة وحمى الدق والقرق الغزير كما في السل الرئوي
 ولكن فقد الباسيل ووجود الايديتيد في البصاق يبين التشخيص ومع ذلك فليس
 من الشاذ مضاعفة الكيس للشفاء بالدرن

ولذا انفجر الكيس فحقن في البلوراء فانه يمتصه التهاب البلوراء مع انسكاب قيح هوائي
 خطير جدا وشوه هذا انفجار الكيس في اللثة والامعاء وجذر العنبر (الابنة)
 ويصلح الكيس الذي لم ينفجر اما بالمزيد بالآلة الماصة او بعملية الانسكاب الصديدي
 او بشق الزرقة ولكن انفجار الكيس بنفسه وقعره في الشعب يؤمل فيه الشفا اكثر من
 هذه العمليات وبعضهم يوصي باستئصال الايبوراء وروح التوتينا والبازين ومحلول
 يودور للبو تاسيم وكحولت اليوتاسا

وعلى كل حال يلزم الاعتناء بتغذية المريض ومعالجة المضاعفات بما يوافقها

المفصل السادس في امراض البلوراء

المبحث الاول في التهاب البلوراء

الالتهاب اما ان يصيب البلوراء بتمامها او يكون محدودا على جزء منها او يكون قاصرا
 على بلوراء الحجاب الحاجز او البلوراء بين القصور الرئوية
 والالتهاب البلوراء اما ان يكون اصليا او تابعا ويكون حادا او منهاجا فاق
 معصوبا بانسكاب مصل او صديدي او دموي او ليفي او هوائي
 (الاسباب) الالتهاب البلوراء الذي يحصل عادة من تأثير الجرد والرطوبة لاسيما
 متى تعرض الشخص لتيار الهواء وهو في حالة عرق ويشاهد بالاكثرة عند ضعف اللبنة
 المستهين ويمكن حصوله في جميع الاعمار وبالاكثر بين سن ١٥ و ٤٠ واقل من ذلك
 عند الشيوخ ويندر عند الاطفال قبل سن الستين

ومن اسباب الالتهاب كذلك الاصابات الجراحية للصدر كالرض وكسر الاصابع والبرج
 النافذة

واما الالتهاب البلوراء التام فاما ان يحصل بالجأوة عقب التهاب الكبد وخرابة
 وخراجات الحجاب المصنف او الابط وتتكور الاصابع والمفقرات والالتهاب البسيط
 التنفسي ويشاهد في سير بعض الامراض كالروماتيزم وداء برات والحمل التنفذية
 والالتهاب البلوراء يوصي فيها عفا بالبا التهاب الزرقة الذي الحاد ويكون اما جافا او
 صديديا محتمرا على ان يكون موكوك واما الاكياس الديدانية الزرقة فانه يمتص بانفجارها

في البلور التهاب صديدي ميكروبي وقي واما سرطان الرئة فيعقبه التهاب بلوروي
تتبع اوليها واما الددة الرئوية فيعقبها غالباً التهاب رئوي جاف او غشائي كاذب
عق على الباسيل الدرن مع انواع الميكروبات النحفية
تهاب البلور الصبر في الغالب ولا يصاب البلور في جميع المصادر الا في
احوال استثنائية وتكون متعلقة اما بالدرن او السلطان او داء برت او المقرص
والاسقربوط او الزهر

١. التشنج الرئوي) متى كان الالتهاب البلوروي حاد يحصل لاحتقان تشنجي على
هيئة تقع في وديقة الشتاء المصل عادة فتقدد الاوعية الشعرية الدموية والتغاوية
يخفى نسج البلور او تشنج فيه اكثرت البضا ويفقد لمعان البلور او يصير كابية
يسقط غشاؤها البشري ويتغطى سطحها بطبقة رقيقة أو سمكية من الليفين
وتتبط للموصيات الرئوية في هذه الالتهاب البلوروي وتكتب هيئة الغزلة
الرئوية الضخمية ثم يظهر على سطح الغشاء المصل اغشية كاذبة وفي الالتهاب البلوروي
لجاف لا تزيد الآفات عن ما ذكر او يحصل تفتح خفيف ولكنه يعرف وتور البلور
الى اصلها او تنحرف الاغشية الكاذبة وتوجب التام وديقة البلور بحيث تثبت
الرئة بالامداد وفي جميع امتدادها او في امتداد احد فصوصها او في بعض نقط على هيئة
غنيوط أو اخزمة

٢. اما اذا كان الالتهاب البلوروي رطبا فانه يعقب الآفات التي سبق ذكرها انسكاب
يختلف مقداره جدا وقد يصل الى بعض ليترات من ١ الى ٢ (ايشورست) ويكون
الانسكاب المصل مصفرا او محمرا على حسب مقدار الكرات الدموية فيه ويكون رقيقا
از فيه بعض ندف ليفية ومفعوله عادة قلوي (فريستل) وقد تقل كفافته الى ١٠٠
اما اذا كانت الالتهاب البلوروي صديديا فانه يظهر في السائل كرات قيحية فوجب
تكرره وقد يكتب او صاف قيح الخراجات ويصير لونه مصفرا او مخضر او مفعوله
حمضي واذا ترك في اناء تتكون فيه طبقتان العليا محتوية على المصل والسفل على
كرات القيحية

وحصول الانسكاب الصديدي عند الاطفال اكثر من الكهول (فاج) ويحصل عادة عقب وصول الهواء الجوي في القوفيل البيلوروي أو عقب الجروح بالآلات حادة أو عقب الامراض السفنة كالجدري وحمى النفاس ويكون نادرا في الروماتيزم وداء برانت والسرطان واكثر عقب الالتهاب الرئوي اللين الحاد واللين الرئوي وبالبحث الميكروسكوبي عن الصديد توجد فيه عادة ميكروبات غلغلة فاذا كان تابعا لالتهاب الرئة اللين يوجد فيه الميوميوكوك واذا كان جرحيا او متعلقا بمرض عنق توجد فيه الميكروبات القوية كالاستريبتوكوك والاستافيلوكوك

ويصيب الانسكاب الصديدي زيادة في نواياغشية الكاذبة حتى انها قد تقبل الى كثافة ٦ او ٨ ميليمتر فوق وريق البيلورا ومثله يحصل الغمام في بعض نقط من البيلورا يكون نوع جيوب أو أكياس يجمع فيها الصديد وقد يخصص الانسكاب الصديدي في البيلورا بين الفصوص الرئوية بدون اشتراك بقية الغشاء للمصل بسبب الغمام وريق البيلورا في حذاء الشق الرئوي بين الفصوص

ويختلف مقدار الصديد في الانسكاب القوي وقد يصل الى اربع لترات وتختلف راحته ايضا وقد تميز كرهية جدا منتنة فيعبر عن ذلك بالالتهاب البيلوروي الصديدي المتسق ويمكن مشاهدة الرائحة للثة سواء كان تجوف البيلورا متصلا بالهواء الجوي أولا

ويتسبب من الانسكاب الصديدي ضغط الرئة فتتبط في الغالب وتنزوي في الميزاب القوي الضلع على هيئة كتلة سليمة محاطة بالاعشية الكاذبة بحيث لا يمكن تدويرها ثانيا بالتفسي حتى لو صار استغراق الصديد ولا يصل الهبوط الرئوي الى هذه الدرجة اذا كانت ملحة بالجدار الصدرية في بعض نقط من سطحها ومتى ازمن الزمن يحصل تغيرات في القفص الصدري كما ان يصل الالتهاب الى السطح الضلع فتتكرر الغمام أو ان الصديد يؤكل المسافات بين الاضلاع سيما المسافة الخامسة ويشقها ويسيل الى الخارج او ينفتح في الشب وبخبر من الغم وقد يسيل الصديد تحت جدد الصدر ويصل الى جدد البطن وينفتح هذه

ويحدث انصراف الصديد إلى سبب من الأسباب تهبط جدر الصدر على نفسها ويضيق قطع
وتتلاصق الاضلاع ويصيب هذا الشعب اغشاء وتقوس والعامود الفقري بحيث يكون
تجميع مواجها للجهة المصابة وإذا وصل الهواء إلى تجويف البلور أحدث المرض المسمى
بهمائية البلور الصديدية أما الانسكاب الهوائي الصديدي في الصدر

وأما التهاب البلوروى التريفي أما الانسكاب الدموي البلوروى فإنه يكون
بدرجات مختلفة وقد يضاعف الانسكاب المصل وعلى حسب مقدار الدم يصير للسائل
صفرا أو حمرا أو غامقا بسبب انقسا د الكرات الدموية ويكون منشأ التريفي غالبا
تترق الأوعية الموجودة في الاغشية الكاذبة أو يكون متعلقا بالسطحان الرئيس
البلوروى أو بالبدن ويشاهد التريفي ايضا عند الصباين بالسيروز الكبدى
أودله برايت وفي سير الحيات الثقيلة والطغية الترييفية والاستقربوط واخيرا
قد يوصل الدم إلى تجويف البلوروا عقب ترقق الأوعية المجاورة وخفوصها انوريزما
الأورطى

وأما التهاب البلوروى المبيخ فإنه ينسب إلى وجود بعض كرات شمعية وبلورية
دمية في الانسكاب البلوروى فيصير لونه مبيضا شبيها بلون اللثا والكلينوس
ويشاهد هذا الانسكاب نادرا في التهاب البلوروى البسيط ويحصل بالأكثر
في سطحان البلوروا

ثم ان الانسكاب البلوروى مهمكات طيبته فإنه متى زاد مقدار ينشأ عنه
ضغط على الاعضاء المجاورة وتحوّلها بدرجة مختلفة وسنعود إلى الكلام على ذلك
في الاعراض

(الاعراض) قد يكون التهاب البلوروى كامنا أى لا يتسبب عنه اعراض واضحة
وذلك فيما اذا كان جافا ومحدودا وفي احوال اخرى تكون اعراضه موضعية فقط
ولكن تظهر اعراضه بخافة في الغالب بدرجة شديدة فليستشعر المريض بقصره وتكون
وحى ولم وسعال جاف وتستمر الاعراض مدة ضئيل اسابيع أو تسقط اللطالة للرئمة
وتستمر مدة سنين وتختلف الاعراض باختلاف التهاب البلوروى كونه جافا أو مضمحا
بانسكاب

بالانسكاب ولذلك يقتضى شرح اعراض الالتهاب الجاف وحدها وشرح اعراض
الانسكابات بعدها فقول

(اولا الالتهاب البلورى اوى الجاف) اهم اعراض الالتهاب البلورى اوى الجاف هي
القشعرية المتكررة والحى والسعال والم الجنب والاحتكاك البلورى اوى
أما الحى فتكون عادة خفيفة فلا تصل فيها الحرارة فوق ٣٩ الا فى الاحوال
الثقيلة جدا ويصحبها تورق النبق وعطش زائد وتكسر ونقص فى البول
وأما السعال فيكون فى العادة نادرا ويكون متعبا ويتهيج بأقل حركة وبالمضغط
على الصدر ولا يصحب بصاق الا اذا كان متضاعفا بترلة شعبية

وأما ألم الجنب فيصحب به المريض فى قسم الصدر بقرب الخلية أو فى المسافة بين الضلع
للطاس والذاس وفسر ذلك العلم كرو قلبه بزيادة حركات وديقة البلورى اوى
قاعدة الصدر وقد يحس بالألم قرب الابط وتحت الذقوة ويكون مجلسه فى
النادر بقرب الكبد والمراق الايمن أو بقرب العمود الفقري

والم الجنب يكون عادة ناعسا حادا شبيها بضربة الخنجر أو وخر السهم أو شبيها
بالقرق أو الحرق يزاد بالحركة والضغط على جدر الصدر والسعال والفتك
والعطاس والشهيق ولذلك يصير التنفس لهثيا تكن حس التنفس الحقيق المصوب
بالحقان الوجه والشفة وتكونهما يكون بنفسه لا يشاهد فى الالتهاب البلورى اوى
الا نادرا وأكثر حصوله عند اقواء البنية الدموية المزاج ويتبع للمريض من
الضيق والعطاس ويخشى السعال فيوقفه بقدر الامكان ولذلك يكون
سعاله غير تام وله صفة مخصوصة ويرقد المريض على ظهره او على جنبه السليم
خوفا من الضغط على الجهة المريضة وترجع الأم فيها ولثبات الأم فى الجنب سمى
هذا المرض بذات الجنب ومع ذلك فقد يكون الألم خفيفا عند بعض الأشخاص
لا سيما الأطفال والشيوخ وفى هذه الحالة ربما يصل الانسكاب البلورى اوى
الى درجة عظيمة بدون أن يستشعر المريض به

ويبحث عن العلامات الطبيعية بالخرى وليس يتضح ان الجهة المصابة من الصدر

أقل حركه من السليمة لأد الألم يشور أو يزداد مدة النفس فيمتنع تمدد الصدر في
الجهة للرخصة وتقصير المسافات بين الاضلاع أضيق ويمكن شئ الجلد فيضائلها بسهولة
ويغفل كثفت المسامت لها وبالضغط بالأصبع على المسافات بين الاضلاع في الجزء
السفلي من الصدر يحرك الألم بدرجة أقوى ما اذا وقع الضغط على الاضلاع نفسها
وقد تستشعر اليد على الصدر بالاحتكاك البليوروى واما اهتزاز الصوت فإنه لا
يتنوع في الالتهاب البليوروى الجاف والقرع لا تشاهد فيه أعراض خاصة ولكنه يصير
اصم متى تكونت الاغشية الكاذبة

واما التسمع فعلا مائة مهمة جدا وهي اول ما منع الحزب للموصلي ثم فقد وبتج من
احتكاك سطح البليورا الخشنة على بعضها صوت مخصوص شبيهة بقرعة الورق
أو جلد الرق يسمع بدرجة واضحة مدة الشيق او مدة الشيق والزفير معا ولكنه
يكون أقوى مدة الشيق خصوصا في آخره وقد يحس به المريض نفسه وليست مدة
ساعة أو يتجدد جلة أيام وقد تصعب فرقة صغيرة شبيهة بفرقة الالتهاب
الرئوى (قروسو) ويلزم الاعتناء والتسمع لأجل تقدير نوع الاحتكاك واتساعه
وهو يتميز عن الالفاظ الصدرية الأخرى بعدم تنوع عقب السعال وليست مدة
الشيق القوى ولا يكون قاصرا على الزفير أبدا

وجود الاحتكاك البليوروى يدل على ان الانسكاب المعصل أو الاغشية الكاذبة
ليست سمكة بمقدار كاف لتباعد ريفتي البليورا عن بعضها ويعبر عن هذه الحالة
بالالتهاب البليوروى الجاف وأحيانا يزل ولصوت الاحتكاك في نقطة من الصدر
وليست في نقطة أخرى

وعلى الصوت الاحتكاك يكون عادة في الخط الأبطى وفي القسم الأدنى وحش الحمة
وجوار الزاوية السفلى للوحي ويكون ضعيفا أسفل القروعة وفي الجزء العلوى من
الصدر والسبب في ذلك ان حركات الحجاب الحاجز توجب حركات البليورا بدرجة
أقوى في قاعدة الصدر فيزداد فيها الاحتكاك

ثم متى تكونت الاغشية الكاذبة وتكاثفت أو معصل الانسكاب المعصل بمقدار كاف
يقول

يقول صوت الاحتكاك أو يزول وينزل أيضا مع حصول انقباض الرئة بعد الصدمة وإذا حصل الانقباض في الجهة اليسرى يكن انقباض الرئة بالثامورا أيضا ويعقب ذلك تقوية ضربات القلب على جدران الصدر مدة الشيق وأنا كنت الانقباض دائما على جهة من الصدر يحصل طبعا عطل في التنفس وخصوصا في الدورة الرئوية ويعقب ذلك تمدد القلب الأيمن

(ثانيا في الانسكاب البلوري أو المصل) متى حصل الانسكاب البلوري يرى أن المريض يرجع النوم على الظهر أو على الجهة المهيمنة كيلا يضطرب على الجهة السليمة بنقل جسمه وهذه الحالة ليسهل تنفسها وكلما زاد الانسكاب يزداد عسر التنفس بدرجة واضحة ويتوانى وتقل قوته

ولا تظهر الانسكاب البلوري علامات واضحة أكليكية إلا متى بلغ مقدار غفران جرام وقد يصل الى هذا المقدار من ابتداء اليوم الثاني ولكنه يتأخر عادة بعض ايام الى اسبوع أو اسبوعين وكلما زاد مقدار السائل تزول العلامات السابقة بالتدريج فيزول الألم وتهدأ التنفس وتبتعد المسافات بين الاضلاع في البروز ويتسع الصدر في الجهة المهيمنة فيمكن قياسها بالسيرنومتر لأجل معرفة الفرق بينها وبين الجهة السليمة وتقل اهتزازات الصوت تحت اليد ثم تزول وتظهر الاصمية ابتداء في جزء قاعدة الصدر من الخلف (بيوري) وتكون تامة في الجهة المخدرة ويحس في حداثها بفقد المرونة تحت الأصبع وتقلوها نصف اصمية تنتهى حشا فشيئا بالرئانية الطبيعية وأما تحت الترقوة فإن الرئانية تكون زائدة عن الحالة الطبيعية وتسمى بالرئانية الانكورية

والسبب في ظهور الاصمية ابتداء في قاعدة الصدر هو أن السائل البلوري يتبع الثقل فيجتمع في الحال المخدرة ما لم تمتعه من ذلك التغيرات البلورية الحديثة أو القديمة ويتسبب من ضغطه على سطح الرئة هبوط خلاياها في جزء الانسكاب وأخلا منه قليلا

وبالتسمع في هذا الانكباب يتأهده أولاً فقد التحيز للوصيل ثانياً وجود
 نغم شمعي خفيف خصوصاً في الزفير وفي آخره ثالثاً الصوت للعرض مقابل الكلام للعرض
 بصوت عال رابعاً التكلم الصادر من الكلام للعرض بصوت منخفض وليست هذه
 العلامات بالأكثَر في هذا الزاوية السفلى فلو كان الانكباب خفيفاً وهذه
 العلامات وإن كانت مهمة إلا أنه لا يمكن اعتبار أحدها علامة تشخيصية للانكباب
 وتبقى تزايد مقدار السائل البلوري أو عن (١٠٠ الى ١٨٠ جرام) تنوع العلامات
 المذكورة فيقل وضوح الصوت للعرض ويقوى النغم الشجي ويسمع في الشهيق والزفير
 معا ويصير التنفس قوياً في الجهة السليمة (تنفس طفل) ثم يحصل تحويل في الأضواء
 لضبط السائل عليها فينتصب الحجاب للضعف نحو الجهة السليمة ويخضع الحجاب
 الخارج دافعا معه الكبد أو الطحال للأسفل وإذا كان الانكباب في الجهة اليمنى
 يزوغ القلب فوعا إلى الجهة اليسرى وتحويل القلب يكون أكثر وضوحاً إذا كانت
 مجلس الانكباب في الجهة اليسرى من الصدر فيندفع القلب خلف القص ويسمع ضرباً
 قسماً أو تنظير مقبولة إلى اليمين وقد تقبل إلى المسافة القليلة للقص والملمة اليمنى أو القرب
 من الملمة المذكورة ولأجل تحويل القلب بهذه الدرجة لمزج مقدار كبير من السائل نحو
 (٣ ليترات كالأكثر) وفي هذه الحالة تغيير الأصعية عامة واصله إلى قمة الصدر
 في الجهة للصابة ويزداد الاضطراب في الدورة القلبية والرئوية وربما تسبب عن ذلك
 الموت الفجائي أو حصول السيانوف بدجة متقدمة

ومع ازمن الانكباب تحصل الخافه ويبعث الجهد وتفقد الشهية وتضعف القوى
 وتضمحل العضلات الصدرية في الجهة المصابة وتحصل تشوهات متنوعة في الصدر
 وسنجد الكلام عليها قريباً وفي بعض الأحوال تحصل حمى الدق وعرق لسلي حيث يكتب
 المريض هيئة السلوك

(ثانياً في الانكباب البلوري أو الصديدي) علامات الانكباب الصديدي على نوعين
 عامة وموضعية أما العلامات العامة فهي في القلب حصول تشوهات متكررة واستمرار
 الحمى بدجة مرتفعة وبهاثة اللون وفقد الشهية وجفاف اللسان وزيادة
 العرق

المروق وتقدم الخافه واخيرا تنتهي الحالة بحج المدق والعلامات الموسمية والامتداد الاعميه
 عالم يوجد التقاب بين الرئته وجذر العود وتستقر الزاينه في حداثها
 واذا كان الانسكاب القوي تكيسا او ضمورا بين الضمور الرئويه تكون الاعميه قاصه
 ومحدوده على النقطه المتقابله للانسكاب وقد تكيس الانسكاب فوق
 الحجاب للخبز في دفع الرئته الى اعلا والكبد الى اسفل وربما التمس حينئذ بأوردم الكبد
 والطحال أو الكلا ويفقد له تراز الصوت تحت اليد في هذه الانسكاب ويمتد العود
 في الجهة المعرايه وتبرز المسافات بين الامتلاوع ويحترق زياده عن الجهة السيليه ثم
 ضيق وتبطل جدره خصوصا بعد انقراض السائل القوي ويقتصر الكتف ويختفي العاصود
 الفقري ويكون قصيره نحو الجهة المعرايه ويتشوه العود لأجل امتلاء الفضائله
 تختلف من ضمور الرئته

ويصعب الانسكاب القوي في الغالب اوديميا في الجدر العديديه في الجهة للرئيه تحت
 الأبطا وقيل الى اللذراع وقد تمتد الى اليد وفي الاحوال القدييه تظهر تشجرات
 وردييه على جدر العود

ومع زاد مقدار السائل القوي يوجب تحول الاحشا كما سبق ذكره في الانسكاب
 المصللي وانما تأثر القوي هنا على التامور يحدث فيه الالتهاب بسموله واذا تولد
 في السائل غازات وكان نجلسه الجهة اليسرى يحس في جذر العود بضربات
 شبيهه بضربات الأنوريزما وهو يسمى بالانسكاب العديدي البنغي وهذه
 البنغيات تنشأ من ضربات القلب المتحول ويشترط حصولها وجود الغازات محبوسه
 في تجويف البليورا بدون اتصال مع الشعب ولا مع الخارج (ديولا فوا)
 واما السمع في الانسكاب القوي فإنه اصم اولاً لا تدري به في الصدر أصوات لا
 طبيعيه ولا عارضيه وليس للصوت المعزى والتكلم العديدي أثر وانما يسمع في
 النادر نغم شبيه كهمي أو ارضوي يدل على أن الرئته لم يتم انكماشها بسبب التصاقها
 بالجدر العديديه

(رابعاً في الانسكاب البليوراوي التريفي) قد يلين حصول التريفي البليوراوي ظهور

اعراض الانتفاة الباطنة كسرعة النفس وصعوبة البرودة الجسم وطنين الأذنين والدوخان والغثيات والأغما ويجعل القزيف البليوراوى اما من ترقق اوعية الاعشية الكاذبة أو من سرطان الرئة والبليورا أو من ترقق بعض الاوعية الدموية الموجودة في الصدر والقزيف البليوراوى الغزير ربما يقتل المريض فجأة أو يضيق على الرئة والقلب وتشتأ عنه عوارض خطيرة وأما القزيف القليل فإنه فى الغالب يمضى وتطلى عنه مادة فيغائية تلون الانكساب للصلى فى البليورا بلون خامق أو محمر ولا يتسر الشخص من عادة الابد البذل وخروج الدم

(خاصة فى الانكساب البليوراوى اللينى) هذا الانكساب نادر وقد يشاهد فى التهاب البليوراوى المزج البسيط أو للضعاف بأحابة القناة الصدرية وفى التهاب المتفاق بالسرطانات واعراضه لا تختلف عن اعراض الانكساب للصلى ولا يمكن تشخيصه الا بعد البذل وخروج السائل اللينى الذى يترك ونفسه تنسب فيه طبقة قشبية ويكون السائل فى المادة قلويا عديم الطعم وبالبحث عنه بالميكروسكوب توجد فيه كرات ليفاوية بكثرة

(السيرة والمدة والانتها) سيرة التهاب البليوراوى عديم الانتظام فوق الشكل للظنيف الجاف يتم الشفا فى بضع ايام أو تحصل فى الغالب التعاقبات رئوية تستمر مدة العمر ولا يتسبب من هذه الانتفاكات اضطراب واضح فى الصحة العامة الا اذا كانت عامة للرئة ولعاقبة النفس أو الدورة واما اذا حصل انكساب مصل خفيف يمكن أنه يمضى ويعقب ذلك رجوع الخلايا الرئوية المنضطة الى حالتها الطبيعية ويتم الشفا وليس من النادر ايضا امتصاص الانكساب التوسط لقزارة وحصول الشفا مع التعاقبات الرئة أو بدونه ومدة المرض تختلف كثيرا ويظهر الانكساب للصلى عادة من اليوم الثالث الى العشرين ثم يتأخر من الاحدى عشر الى الثلاثين او الى الاربعين ويحتاج لقائم متعاهة الى مدة غير محدودة

ومتى حصل امتصاص الانكساب للصلى تقل الأهمية وتعود الاعشاء المتحولة بالتدريج الى محلها ثم يسمع صوت الاحتكاك ثانيا فى الشهيق والنفير معا فى اعتداد زائد

عن الاحتكاك الابتدائي وقد يستمر عدة أيام أو أسابيع وربما أصيب بالمدون
التهاب ومتمم الشفا ورجع الشخص إلى اشتغاله لانهزال عنده بقية من الرز فلا
تعود زمانية الصدر كما كانت ويستمر التنفس الموصلي ضعيفا مدة أشهر
وفي أحوال أخرى تنخفض الحمى الابتدائية ومع ذلك يتزايد الانسكاب وتنفا
عنه أعاقة التنفس وفقد الشهية فيؤدي إلى الضعف والانهيار هذا وفي الأحوال
التي يصل فيها الانسكاب إلى مقدار (٤ لترات) يوجب تحول الاحتشاء خصوصا
القلب والأوعية الغليظة ربما يحصل الموت المفاجئ بالأغيا أو بالسدد الرئوية
التي تسهل تكوينها بسبب أعاقة الدورة

وأما الانسكاب البلوري أو الصديدي فإنه لا يحصل امتصاصه إلا في أحوال نادرة
جدا والعادة أن الصديد هنا يفعل له مسلك إلى الخارج نحو الشعب أو الجدار
أو الأضلاع البطينية بخلاف الانسكاب للعسل فإنه لا يتقرب الشعب ولا يخرج منها
إلا في النادر جدا

ولا يمكن تحديد مدة ولا بالتقريب للانسكاب الصديدي فإنه قد يستمر عدة
أسابيع بدون اضطراب زائد في العضة العامة ولكن المادة أنه إذا لم يسرع في
معالجته بالطرق الجراحية ينتهي بالموت إما بسبب تقدم الاستفكيا أو حي
الدق أو الامتصاص الصديدي أو الاحتمالة الشمية للأضلاع خصوصا الكبد
والكلية أو المضاعفات الخطرة كالتهاب التامور وتكون السدد والدور
الرئوي ونحو ذلك والشفاء الذاتي يعقب خروج الصديد من الشعب أو من
المسافات بين الأضلاع

أما خروج الصديد من الشعب فيعبر عنه بالفتح الشعبي وهو إذا حصل خفاة
والمرضى نائم ربما أوجب هلاكه في الحال بالاختناق والمادة أن للرئتين
يتقايما خفاة مقدار من الصديد إذا كان غزيرا يخرج من الفم والأنف معا ويصعبه
زمن راحة ثم يستمر على إخراج الصديد بعده مدة من الزمن ويكتب الصديد
في الغالب راحة منته بسبب وصول الهواء إليه في التجويف البلوري وفي

هذه الحالة تشاهد علامات الاحتكاك الصديك^{الهرق} وقد تكون فتحة الشعب المشرقة للبلور على هيئة حمام فلا ينسكب الهواء في الصدر ويساعد على ذلك عدم تحرك الصدر مدة النفس في الجهة المريضة وليست البصاق الصديدي حتى ينتهي الزمن بالهلاك بالاسباب التي سبق ذكرها أو بالشفا أحيانا

وأما خروج الصديد من المسافات بين الامتلاخ فإنه يحصل عادة تحت الخلطة في المسافة الخامسة بين الامتلاخ (مارشال) بسبب رقة الاجزلة الرخوة نرفا في هذه النقطة ومع ذلك فقد يحصل الانتقاب في حال اخرى وقد شوهد في المسافة الثانية بين الامتلاخ فيسببه تلحم في نقطة من الصدر ثم بروز فيها صير مقوجا ثم يحس الجلد في هذا الورم ويرق وينقب فيسيل الصديد من نامور واحد أو متعدد وتكون رائحته في الغالب كريهة منتنة وليست خروج الصديد حتى ينتهي المرض بالامتناع من الصديد وحس اللدق والهلاك كما هو المتألم أو بالشفا وهو أقل منه عقب خروج الصديد من الشعب

وأما خروج الصديد من مسالك اخرى على هيئة خراجات باردة تسري بعيدا أو تستقر في قسم الفلج أو في الأربية فإنه لا ينتهي بالشفا وينتهي بهلاك الشعب عادة وأما إذا وصل الصديد الى الجوف الجريفي وعقب انتقاب الحجاب الحاجز فإنه ينشأ عنه التهاب بيتونز ميت ومتى انتهى الانسكاب للصديدي بالشفا فإن الجوف البلوري يئسد عقب تكون اضرار الجية يبقها منسوج ليفي مندمج قد يقبل سماكة الى قيراط وفي آن واحد تهبط الامتلاخ وتتلاصق فاتها تقريبا وتثبت في علما ويتقوس العمود الفقري بحيث يكون التقعر مجعها نحو الجهة المريضة فيحصل من ذلك ضيق في تجويف الصدر ويهبط الكتف ويغلب الحجاب الحاجز الى اعلا مع الاحتناء اللازمة له وقرب الجدد الصدرية من القلب حيث تشاهد ضرباته ويحس بها في اتساع أكبر بكثير من الحالة الطبيعية

(الانذار) التهاب البلور اوى لذلك الذي يحصل عقب البرد عند سلي الجسم ليس فيه خطر حتى لو حصل انسكاب خفيف يشفى بنفسه أو بالمعالجة عادة بدون

عواقب وأما إذا حصل التصاق بالحجاب الخارج أو التامود فإنه يميّز وظائف
الأعضاء المذكورة ويختلف عن ذلك اضطراب الصحة المستمرة أو تعرض المريض
للموت الفجائي

وإذا كان الانسكاب المصل غير معصوب يحى ولا تألم وليس تابعا للذرات
والاحالة تدرك فإنه ربما يشق بالمعالجة والبذل ولكن يكون المريق هنا
عرضة للموت الفجائي بالأعما أو السدد أو الاسفيسيا وإذا شق تكون ثقافته
طويلة وربما استمر عرضة للتدرك

وأما التهاب البلوروى التامى فإنه ان يتعلق بالمرض الاصل كالتهاب
الرئوى والدرن وداء برات ويزداد الخطر عند حصول أوزيميا رئوية أو التهاب
شعبي عارض

وأما الانسكاب الصديدي فإنه إذا زاد أشد خطرا لأنه ينتهى بالموت غالبا
وإذا حصل الشفا يعقبه نشوع الصدر
والانسكاب المحدود أو المقاصر على الميزاب بين الغصون الرئوية أقل خطرا
من الانسكاب العام لتجويف البلورا

(التشخيص) تشخيص التهاب الرئوى في مبدئه قبل حصول الانسكاب
صعب وربما اشتبه علينا بالحمى الحسنة أو الروماتيزم أو بالمغص
الكبدى ولكن فقد ابنى والسلامات المتعمية يميز هذه الأمراض

ويتميز التهاب الرئوى عن البلوروى بحصول العشرية الشديدة الوحيدة
التي يميّزها ارتفاع الحرارة الى درجة قوية وعسر التنفس الشديد والفرقات
الجافة والمصايق الصدادى ومع ذلك ففي بعض الأحيان يعسر تمييز صوت
الاحتكاك البلوروى عند فرقة التهاب الرئوى

وتشخيص الانسكاب المصل فيه صعوبات أخرى مثلا إذا وجد شخص معه
عسر في التنفس وألمية تامة وفقد اهتزاز الصوت الطبيعى كليا أو تقريبا
ومعه الصوت المعنى والتكلم الصدى الوشوش والنغم الشعبى أو الكهقى

أو الزلعي فإنه يحتمل أن يكون هذا الشخص مصابا بانسكاب بليوراوى مصلى أو
بكيس كبدي نافذ في الصدر أو بارز فيه أو بورم سرطانى عنى أو بقتل لتفاوتية
صدرية ونحوها والعلامة التى يمكن الاعتماد عليها نوعا ما تحول القلب من
كان الانسكاب في الجهة اليسرى أو انخفاض الكبد في الانسكاب للجهة اليمنى
وإذا كان الانسكاب المصل من نوع الاستسقا البليوراوى المتعلق بالانيميا أو
بداء برأيت فإنه يكون عادة في جهة الصدر في آن واحد ولا يصحبه حينئذ تحول
في القلب

ومتى يتيقن وجود التهاب البليوراوى يلزم تعيين سببه ليعلم ان كان ذاتيا أو
تاجعيا وانسكابه هل هو بسيط أو مديدى أو دموى وهل هو مرتبط بالدرن
أو بالسرطان الى غير ذلك

ويتبين الانسكاب المديدى بدولم الحى واكتسابها أو صاف حمى لدق وظهور
الأوزنما في جدر الصدر التى قد تمت بطول الطرق العلوى الموازى للجهة المريضة
ومن المشاهد ان الانسكاب المديدى كثير المحصول عند الاطفال زيادة عن
الكهول وعند الرجال أكثر من النساء والالتهاب البليوراوى الروماتيزمى لا
يعقبه انسكاب مديدى ابدا وهونادر ايضا في الانسكاب الذى يتعلق بأمر
الكلى وكثير المحصول في التهاب البليوراوى الدرني وفي الاحوال المشبهة في
تأكيد التشخيص بالبط الاستقصا في

وأما الانسكاب الدموى فليس له أوصاف مميزة تفرق بينه وبين الانسكاب
الأخرى ولا يعلم وجوده عادة الا بعد البذل ويشاهد التزيف البليوراوى
غالبا في سير التهاب المتعلق بالسرطان أو الدرني

(المعالجة) يلزم الاعتناء في معالجة التهاب البليوراوى من أول الأمر فيوض
المريض في الفراش ويعالج الألم أما بالمروخ المسكنة أكلوروفورمية أو باللب
وأما بوضع حراقة أو مست علقات أو بأعمال حقنة مورفينية ويرجع اعط
المورفين من المباحن لأجل تسكين السعال أو يعطى مسحوق روفين ولبت الصد
جزام

بحزام ومن الباطن تقطع المسهلات أو المليات ومدرات البول وتستعمل المركبات
الزيتية وكل من الظاهر وتزاعى الحمية الخفيفة ولا يرضى له بشرب الماء الا
مقدار قليل (موكسون نيام)

واذا وجد الانسكاب المصل ينشأ التشروع في البذل الصدرى وبعضهم يفعل البذل
ولو كان الانسكاب قليلا جدا (تروسو) والمبغى لا يفعل البذل الا بعد تكرار
المسهلات والمدرات والحرايق بدون طائل

وجود الحى في الابتداء يوجب تأخير البذل حتى تزول الحى ويلاحظ مقدار السائل
يوميما فاذا لم يأخذ في التناقص في الاسبوعين الاولين يلزم فعل البذل لأنه متى
فعل البذل من أول الأمر بسرعة يسهل رجوع الرئة الى مرونتها وانما اذا طالت
المدة فإن النخ الليتقوى على سطحها يصير ليفيا وبانكاشه يبيق تمدد الرئة
تانيا ثم وخروج مقدار من السائل قد يمتصه امتصاص مابق بسهولة ويساعد
الامتصاص باعطاء المدرات والمفرقات والمسهلات القوية ويودور البوتاسيوم
ويطلى الصدر بصبغة اليود أو تكرر عليه الحراقات الطيارة واذا كان المريض
انعاويا أو متهاكيا يساعد الامتصاص بالاغذية الجيدة والمفقيات والتدبير
الغذائي المبغى وبعضهم يمنع استعمال السوائل للشرب بقدر الامكان هذا واذا
كان المريض مصابا ببدء برية تلزم المبادرة ببذل صدرى واستخراج الانسكاب
البليود او خوف من حصول الاوريميا في الرئة وهلاك المريض فجأة واذا كانت
السائل مائلا لتجويف الصدر يلزم ايضا فعل البذل حالا لأنه لو صارت تأخيره
من المساء الى الصباح ربما هلك المريض في ليلته وفي هذه الأحوال الوقية يفعل
البذل ولو كانت الحى موجودة

ومما استقر الأمر على البذل يشترع فيه بدون لجوء البذل الاستقصاء على رأى
بعضهم حيث ان قائمة هنا هيبة ويستعمل البذل بواسطة آلة ديولا فو لأن
آلة البذل المعتادة لا تكفى لخروج السائل غالبا ويخشى فيها من وصول الهواء
الى تجويف البليود او أما آلة البذل المعروفة بأسم ديولا فو أو يونيت فانها

تجذب السائل بقوة وتمنع وصول الهواء الى الصبدر واذا انقطع سيلان السائل
فأثناء عقب انسداد الانبوبة بجلطة ليفية أو بالرئة - نفسها يلزم تحريك للأسورة
الى الميمين أو اليسار قليلا واذا لم يند ذلك شيئا فيعمل البط ثانياً ونقطة أخرى
وعلى كل حال لا يلزم استخراج السائل بمقدار كبير دفعة واحدة بل يكفي خروج
خوالية ثم يعاد البذل بعد مضي بعض ايام حتى يتخرج جميعه وبعض المؤلفين
يوصى بعدم استعمال الأبرة المخوفة للبذل خشية جرح الرئة ويرجع استعمال
آلة البذل ذات المنقبية ويركب عليها انبوبة الآلة الخاصة وعلى كل حال لا
يلزم استعمال الآلة الا بعد تطهيرها جيدا

وأما النقطة التي يوافق البط فيها في المسافة السادسة أو السابعة بين الأضلاع
وحش حافة العضلة العظمية البديرية ~~تسمى~~ تستأخذ في القسم الأبطى والبعض
يرجع للمسافة الثامنة في مقابلة زاوية الملوحة (ديولافو) ويلزم فصل البط
في هذا الحافة العليا للضلوع لأجل تجنب الشريان بين الأضلاع
وقد يعقب البذل حصول نزيف في تجويف البلورا أو نزيف رئوي أو سعال
جاف متعب أو يعقبه بصاق مدم رغوف يحوى على مقدار زائد من الزلال
ينشأ من احتقان الرئة وحصول الاوريميا فيها ويعقب البصاق الزلالى
نخعة في الأعراس أو يشتد الاحتقان والاوريميا في الرئة ويهلك المريض
بالاسفكسيا وقد يعقب البذل نوبة اغماء تؤدي الى هلاكة المريض في أول يوم
وقد يعقب البذل استحالة السائل المصلى الى الحالة الصديدية

ومحتمل حدوث الانسكاب المصلى بعد البذل يلزم تكرار البذل قبل رجوع السائل الى
ضخامة الأولى وقد يلجئ الحال الى الجراح العملية ١٠ أو امرة ومسافة يضع اساميه
واذا كان الانسكاب البلوراوى صديديا لا يكفي البذل البسيط في معالجته بل
يلزم فعل شق متع سبيل منه الصديد وتوضع فيه انبوبة لاستيتك للعلم
السيلان ويوضع عليها الغيار ضد المصونة والأصوب غسل التجويف الصدد
بمحلول يودى أو فينيك ومحلول فوق مخضات البوتاسا واذا كانت المسافة بين
الأضلاع

الاضلاع لا تكفي لهذه العملية يلزم استعمال جزء من ضلع أو ضلعين حسب طريقة
استلذاذهم ويدأوم على الصلابة يتم الشفا وينسد تجويف البللورا وإذا لم يتم
الشفا وبقي ناصور يمكن استعمال ضلع أو أكثر لأجل هبوط جدار الصدر وسرعة
استلذاذ تجويفه

(الجف الثاني في انكساب الهواء في البللورا وهو أية البللورا

دخول الهواء والغازات في البللورا إما أن يكون بسيطاً وهو نادراً ويهبط في القصبة
انكساب يصل أو صديده أو دموية وهو إما أن يكون عاماً للتجويف البللوري
بقامه أو محدوداً على جزء منه

(الاسباب) تكون الغاز ذاتاً في البللورا السليمة لم يشاهد أبداً وإما تكون في الانكساب البللوري
الصديده فيه قولان (هرست) والعادة أنه يصل الغاز إلى البللورا من الحاجز أم من الرئة عقب
انقباض الشعب في الصدر والانتفاخ أو الضغينة والترفيف الرئوي أو عقب التهاب البللورا أو
الصديده أو البورات العنقية الشعبية وفي جميع هذه الأحوال ينكسب الهواء في البللورا مما ينتج عنه
حصول التهاب التصاقيين وبقيةها يشاهد هذا الأمر عند الكهول أكثر من الأطفال ويحصل في الأمراض

وإما أن يصل الهواء عقب الإصابات الجرحية التي تصل إلى الرئة كالجروح والقرحة
أحياناً والنارية ورفع الأثقال ومجهودات السعال كالسطح الذي كفي فأنه قد
يعقبه تمزق الحويصلات الرئوية وانكساب الهواء في البللورا والانكسابات
الصدريّة للبللورا أيضاً تكون سبباً في هوائيتها مما ينتج عنه انقباض جدار الصدر
واقصص الهواء للجوى إلى تجويف البللورا من الفتحة الناصورية أو يصل الهواء
إلى البللورا من الفتحة الهضمية عقب الخزجات أو التقرحات المديدة أو المريئية
أو عقب الأكياس والخزجات الكبدية المتشققة الحجاب الحاجز وقصص الهواء
فأنها إن لم يسبقها التهاب التصاقيين يترجم المريض إلى دخول الهواء في البللورا
ودخول مقدار قليل من الهواء للجوى عقب الجروح وكسر الاضلاع لا يحصل منه
ضرر لأنه يصير امتصاصه عاجلاً

(التشخيص المرضي) إذا حصل الموت بعد انكساب الهواء حالاً لا يشاهد تغيير في

البليورا أو المادة انه متى وصل الهواء داخل البليورا فإنه يهيج ويجعل التهاب بليورا
مع انسكاب صديدي في النادر (رافيه) وفي الغالب يكون الانسكاب مهيديا
خصوصا اذا كانت السبب التدخين في الرئة أو القفريتا أو الخراج ويختلف
مقدار الغازات ومعظمها من حمض الكربونيك والازوت وأما الاوكسجين فان
مقداره فيها واه جدا وقد تعضها غازات ايدروكبريتيه وعند فتح الصدر تخرج
هذه الغازات بصوت نفخ واضح اذا كانت غزيرة وربما طفت لهب الكبريت وأما
اذا كان مقدار الغازات متوسطا فإنها تضيع عند فتح الصدر بدون شعور
ولاجل التحقق من وجودها حينئذ يلزم فتح البطن ابتداء وملؤ تجويفه بالماء ثم يثبت
الحجاب الحاجز بألة باذلة لرؤية خروج الغازات كالنفقات من وسط الماء أو
يسخ جلد الصدر على هيئة جيب يملأ بالماء ثم تثقب جدار الصدر في قاع الجيب لتمر الغازات
في الماء وتخرج على هيئة فقاعات

ويضع الصدر قود الرئة هابطة في القناة الفقرية الضلعية ملئم تكن ثابتة بالتصاقات
سابقة وتوجد الامعاء متحولة بدرجة مختلفة باختلاف مقدار الغازات وبعد
فتح الصدر يبحث عن الثقوب التي يختلف جملها واتساعها باختلاف السبب الذي
احدثها واذا كانت صغيرة وتنقر وجودها يلزم ملؤ تجويف البليورا بالماء ثم تنفخ
الرئة فيخرج الهواء من الثقب ويعرق في حفرته فينتعير جلسه بسهولة الا اذا
حصل الختام للثقب وانسداده فيحسر الشعور عليه

وفي الغالب يحصل ثقب الرئة من جوانب الفص العلوي بقرع حافته السفلى أو من
جوانب الفص السفلي بقرع حافته العليا

(الاعراض) اعراض هوائية البليورا اما ان تكون خفيفة أو تدريجية بحسب السبب
الذي احدثها فاذا ورد الهواء في بليورا سليمة خالية من الالتصاقات عقب
مجهود في الانقباض الرئوية أو الخراج الرئوي تهبط الرئة حالاً وتظهر الاعراض
تجاة فيحصل للم شديد في اللب وعسر تنفس قوي مع السرعة فيه ربما تقبل الى
فوق في الدقيقة واما ضربات القلب فإنها تسرع قليلا ويصغر النبض
وتبرد

وتبرد الأطراف وتكتب الشفتان والأصابع لونا سائيا عوزيا ويضعف الصوت جدا وقد شوهد حصول الموت الفجائي عند بعض الأشخاص وخبروها المتدربون وأما إذا وجدت التصاقات أو لجة رئوية فإن الأعراض تظهر بطي فيكون الألم خفيفا وحس التنفس بطيئا وفي بعض الأحيان يكاد المريض أن لا يشعر بها والعلامات الطبيعية لهوائية البلور هي الآتية

(أولا) إذا كان الهواء غزيرا ولم توجد في البلور التصاقات ولم يكن الصدر متشوها ولا هابطا من قبل فإنه يتدد بدرجة واحدة أو بقياسه بالسير قويمتر وقد تصل هذه الزيادة إلى ١٠ أو ١٠٠ سنيمتر بالنسبة لجهة السليمة (ثانيا) تضعف اهتزازات الصوت جدا وتقلد بالكلية

(ثالثا) بالقرع تسمع رنانية فائقة الحدسماها (تروسو) بالرنانية المعدنية أو صوت الصياح ولأجل الحصول عليها بدرجة واحدة يجلس المريض وفي أثناء تسمعه من الخلف في هذه زاوية الموج يصير القرع على الصدر من الأمام فيسمع الصوت المعدل وإذا حصل القرع بواسطة قطعتين من العملة يصير الصوت أكثر رنانية وبعضهم يربح تسمية هذه الظاهرة بصوت المعدل ومن الملاحظ أن الرنانية تقل في الوضع إذا كانت جدر البلور اسميكة بسبب التهابها الزمن وتقل الرنانية كذلك إذا كانت جدر الصدر متوتر جدا من ضغط الغاز عليها فلا تهتز تحت القرع ولا تسمع لها رنانية

(رابعا) بالفتح يحس بالنفخ الزلغمة النفس والسعال والتكلم وأما المخرخر فأنها تكتب صوتا رنانا معدنيا غريبا بالصوت الذي يسمع من قرع ففان من اللغات أو الصيخ أو البلور بواسطة دوس أو بالصوت الذي يحصل من سقوط حبوب الرمل فيها وربما يمكن تحريض الرنانة المعدنية بالسعال والتكلم والتنفس الخفوع وقد تسمع أيضا إذا جلس المريض بعد أن كان راقدًا وتنسب حينئذ إلى سقوط فقط سائلة من قمة الصدر إلى قاعدة

(خامسا) إذا رجع المريض بقوة حال التسمع فإنه يسمع صوتا كحركة ناسخ من ضرب

الحواء مع الماء وليسمى صوت الرجة الابرالية وقد يسمع هذا الصوت على بعد وقد يستشعر به نفس المريض

(سادسا) بالبحث عن القلب خصوصا في هوائية البللورا اليسرى يشاهد فيه بقول مشابه بالحقول الذي يحصل من الانسكاب للعسل وكذا الحجاب اللين قد يندفع الى افضل والمسافات بين الاضلاع قد تبرز الى الخارج على حسب مقدار الغازات في البللورا (سابعا) يرقد عادة على الجهة المعابة

والاعراض العامة في هوائية الصدر تنحصر في ضيق النفس وسرعة النفس مع الزاينة في ضربات القلب احيانا واحتقان وردي مع اوزيا الوجه والاطراف وتقل في الرأس ودوخان وطنين في الاذنين وقلة البول وزلايته ويوجد الخلل أو الكبد منخفضة أو القلب تنحولا على حسب الجهة المعابة ويكون الموضع صعبا أو مفقودا وفي بعض الاحيان تحصل انقباض تحت اللبلد في التنق والصدرة فقط أو حمدة على الطرفين العلويين وإذا اذن المرض تقدم النفاة وينتفك المريض وينتهج حاله بحال الدف

(التشخيص والانتذار) الانسكابات السائلة لها احيانا نغم زاهي شبهي بنغم هوائية البللورا فإذا كانت هوائية البللورا مفرطة تقصر الزاينة ايضا القوض فيحصل الالتباس بينها ولكن علامات وجود السائل والنفاة معا واضحة ولا يمكن الالتباس فيها

وتتميز الانقباض الرئوية باصابتها للرئتين معا وقد باقى علامات هوائية البللورا وإذا كانت هوائية البللورا عذرة في جزء من الصدر يمكن التباسها بالكهف في قمة الصدر أو قاعدة مثلا ولكن هوائية الصدر في هذه النقط نادرة وبداية البحث عن العلامات الطبيعية يمكن تمييزها وتوجد الاضلاع عادة منخفضة وفي هذا الكهف وبأرزة في ذاء هوائية الصدر

يبدأ اثبات هوائية البللورا يلزم تعيين سببها بقدر الامكان لإجل وضع الانتذار بالخط فأنه شهود حصول الشفا ذاتيا بعد امتصاص الهواء وشهودا ايضا استقرار

استقرار الهوائية عدة سنين عند بعض الانثى مع تمكنهم من التزوج والركوب
ومراعاة اشغالهم واذا صار فتح الصدر ومعالجة الانسكاب المديدى حسب
الامور يمكن الوصول ايضا الى الشفا هذا اذا لم يكن السبب خبيثا كالتدبرت
مثلا لأن هوائية الرئة عند الصبا بالدرن لا يؤمل شفاؤها البتة
(المعالجة) اذا كان الهواء غزيرا في الصدر يبقى الباطن بالالة الباذلة الدقيقة
لاخراج الهواء الزائد وتخفيف تحويل القلب واذا كان مقدار الهواء متوسطا
يلزم الانتظار بعض أيام (فرنسل) فيبايقص الهواء طبيعة وبعد مضى نحو
الاسبوع يمكن فعل الباطن باعتراس بواسطة آلة باذلة منهية بصمام مرئي واذا
وجدنا انسكاب قبيح يبالغ حسبما تقرر سابقا ولأجل تلطيف الألم والسعال
يعطى للمورفين من الباطن أو حقن تحت الجلد بمقدار صغير
واذا حصل الانسكاب الهوائي فجأة فيليوراسلية يمكن تدارك الأسفكسيا
والهبوط باستعمال الكحول والأيثير والكافور والواليريانا والكاستور يوم
وبالمحولات الجلدية كالدلك والكزول والطاجم وبعد انقراض الخطر تعالج العواقب
حسبما توخى آنفا

المبحث الثالث في الانسكاب الاوزيماوى البليورا

يعبر عن ذلك بالانسكاب البليوراوى الغير للتحلق بالالتهاب الذي يحصل بالارتشاح
للصلى البسيط ويصحبه عادة ارتشاح اوزيماوى في اعضاء اخرى من الجسم لا
سيما الأطراف

(الاسباب) الانسكاب الاوزيماوى يكون تابيعا للأمراض اخرى كأمراض
القلب والرئتين التي تشق الدوة الوريدية في الأوعية العلوى والأزنجوس
وقد يتعلق بداء برات والكاشيكسيات السرطانية أو الآجاسية أو الزهوية
أو الهوكية التي تقب الأنسحال المزمن والدوسنطاريا أو الأنيميا والوسيميا
والخلوروز

وينسب النغم هنا لفساد جدار الأوعية الدموية ونقص الالبومين في الدم معا

(كونهايم) وقد يحصل النقص البليوراوى مدة النزح فيسمى بالارتشاح المزمن
(التشريح المرضي) يتميز الانسكاب الأوزيماوى بكونه سائلا ومصليا عاما للبليورا
في الجهتين معا ويكون لونه مصفرا أو مخضرا قليلا راتقا مائلا أو محتويا على بعض
نخف ولا يصير عمرا الامتخا كان النزح مستطيلا ومفعوله قلوبا وكثافته نحو ١٠
أو أقل ولا تزيد عن ذلك الا في بعض احوال استثنائية عقب أمراض القلب مثلا
ومقداره من نصف اوقية الى لا يترت ويكون أكثر في البليورا الفيض غالبا
بسبب رقاد المريض على جنبه الايمن بكثرة ولا يصعب التصاق بليوراوى بها
لم تكن البليورا ملتصقة من قبل وتكون البليورا عادة باهتة معتمة أو في
حالة لين والرئة منضخطة ولكنها تتمدد بالنفخ الصناعي
وبالبحث عن السائل بالميكروسكوب توجد فيه بعض خلايا بشرية وكرات بيضا
وحمره وشحمية

(الأعراض) ينشأ من الانسكاب الاوزيماوى منضخ الرئة وتحوّل الاشعة الصلبة
والبطنية ويتسبب من ذلك عسر التنفس وسرعة النبض ومغص وباقي العلامات
تشبه علامات الانسكاب البليوراوى الالتهاجي وتكون اشد منها بسبب
وجود الارتشاح الاوزيماوى في جميع الصدر عادة
ومدة هذا المرض تختلف من بضعة ايام الى بضعة أشهر

(التشخيص) بالبحث عن العلامات الطبيعية للانسكاب وبالبذل يعرف السائل
الاوزيماوى بخفة وزنه النوعى اى قلة كثافته

(الأنذار) يتعلق بالسبب ولا يؤمل امتصاص الانسكاب الا في احوال
استثنائية متى أمكن تقوية المريض مثلا وفي الغالب ينتهي المرض بالهلاك
(المعالجة) اذا كان الانسكاب خفيفا تقطع مدلات البول والمفرقات والمسهلات
ويعالج المرض الاصل بما يليق وأما اذا كان الانسكاب غزيرا ويخش منه
على حياة المريض فيجب فعل البذل بالجهاز المأمور

المبحث الرابع في سرطان البلعور

(الشرح المرضي) سرطان البلعور عادة تابع لسرطان الرئة - أو العقد اللغافية للحجاب النصف أو الاحشاء الهضمية المجاورة أو يكون تابعا لسرطان عضو بعيد وفي الغالب يكون سرطان البلعور اختاميا أو بشريا ويكون في النادر اسكيريا أو صمغيا ويكون اما منتشرا جيئيا أو على هيئة كتلة - قد تبلغ حجم رأس الكهل ويصعب السرطان انشكاب بلعور اوى مصلى أو في اوى دموى أو لبخ

(الأعراض) اعراض سرطان البلعور ليست واضحة فإذا كان السرطان منتشرا جيئيا يصعب احتكاك بلعور اوى وسواء كان منتشرا أو محدودا فإنه ينبه السعال ويكون السعال متعبا ويعقبه بصاق مخاطي أو مخاطي في أوتيسب عنه التهاب أو انشكاب بلعور اوى لاختلف علاماته عن التهاب والانشكاب البسيط وليس له أوصاف خاصة وإذا ترايد حجم السرطان جدا يتسبب عنه ضغط الاحشاء وتحولها

(التشخيص) لا يمكن تشخيص سرطان البلعور الا بوجه التقريب متى وجدت بعض الاعضاء مصابة بالسرطان ويكون التباسه بالانشكاب البلعور اوى المختلفة وبالأورام الصلدية الأخفى للرئة والحجاب النصف (الانذار والمعالجة) الانذار خطر طبعا والمعالجة عرضية فقط

(باب في امراض لجهاز الدوري)

امراض لجهاز الدوري تنقسم امراض القلب والأورطى والاعوية الدائرية

(الفصل الأول في امراض القلب)

امراض القلب ودراستها قد انضمت كثيرا في العصر الأخير بعد استكشاف القرع والسمع (لايك) ومعرفة الفاط القلب الطبيعية وأوصاف النبض ورسمه بالآلة الرسامة له السعاة سفيجوجراف

ولنبدا بشرح امراض عضوية القلب الظاهرة والباطنة ثم امراض نسجية العضل وامراضه العصبية فنقول -

(البحث الأول في التهاب التامور)

(أولاً في التهاب التامور)

التهاب التامور إما أن يكون عاماً أي مصيباً له بنمائه أو جزئياً أي مقتصراً في قاعدة القلب يحوار الأودطي ويكون ساداً أو مزمنًا جافاً أو مصحوباً بانسكاكات محلية أو قيحية أو هوائية. وينتدكون التهاب التامور ذاتياً بل يكون في العادة عابثاً أو عرضياً

(الأسباب) التهاب التامور الذائق الذي يعقب البرد نادر جداً وقد ينسب من جروح القلب ومن التهاب الجسم الشاق وأما التهاب التامور التامجي فهو الأكثر حصولاً ويشاهد في الغالب عقب الروماتيزم المفصل الحاد عند الكهل في سن الأربعين وعند الطفل قبل البلوغ وتندر عند المتقدم في السن ولا يشاهد التهاب التامور تالياً للقرص ولا لالتهاب المفاصل الحاد والبلوروي ويظهر التهاب التامور عادة في اليوم الثامن أو الثالث بعد ظهور الحمى والأصلياً المفصلي الروماتيزمية وقد يسبق اميانات المفاصل بيوم أو يومين خصوصاً عند الأطفال والشبان وأحياناً يظهر في الأسبوع الأول أو الثاني من الروماتيزم ويكون وحده أو مصحوباً بالتهاب الغشاء الباطن للقلب أو البلوروي ويكون في العادة ليفياً لأن التهابات الروماتيزمية لا تنجح إلا في أحوال استثنائية

وبعد الروماتيزم يشاهد بالأكثر التهاب التامور التامجي في داء سرات الحاد ولزمن لاسيما بعد سن العشرين وفي الأمراض العفنة الميكروبية كالحمية والجذري والاستسقام الصديدي والحمى التقاسية ويكون التهاب التامور حينئذ إما ليفياً أو صديدياً وفي الصديد ميكروبات التقيح وأما إذا أعقب الدرن فإنه يكون أيضاً ليفياً أو صديدياً أو تقيحياً ويوجد في الصديد بأسفل المدرن

وحصل التهاب التامور أيضاً بالمجاورة عقب التهاب الرئوي البلوروي للجهة اليسرى ويكون حينئذ ليفياً أو صديدياً وفي الصديد البسوموكوك وخزاجات الحجاب

الحجاب المنصف واورامه الخبيثة ونكروزا الأضلاع المجاورة وخراجات الثدي الأيسر
والتهاب القلب وخراجات الحكة كلها امراض ربما تعرض للالتهاب التامور
(الشرع المرضي) الآفات التشريحية هنا تشبه آفات التهاب الاغشية المصلية
على العموم فاذا كان الالتهاب حادا حصل اعتقان تشجري رقيق جدا ابتداء ويفقد
الغشاء المصلي لمعانه ويرشح النسيج الخلوي تحت ثم يحصل افراز اللقا وانقارها
بسرعة بجوار أصول الاوعية الغليظة ثم فوق سطح القلب والوريقة الظاهرة وتكون
طبقات رقيقة متراكمة فوق بعضها على هيئة اغشية كاذبة متكونة من الليفين
المنفردة المتخللة بخلايا بشرية وكرات بيضاوية وقد تصل طبقة الاغشية
الكاذبة الى سماكة لا تصل اليها في البلور والبريتون ويشاهد بين الوريقتين
الباطنة والظاهرة للتامور مقدار مختلف من المصل أو المصل الصدي الذي
يرشح ايضا في خلال الاغشية الكاذبة وبالنظر لحركات القلب المستمرة يصير
سطحه خشنا غير منتظم شبيها بلسان الهر أو سطح كرش الحيوان أو سطح كسر القالب
الزبدية

وفي بعض الاحيان لا يحتوي التامور الاعلى سائل مصل ندف ومقدار المصل في
الاحوال المارة لا يتجاوز ١٢ الى ١٨ أوقية - واذا بلغ المصل هذا المقدار تبعث
الدياستول القلب ويحصل الموت بسرعة وأما في الأحوال المزمنة فان مقدار
السائل ربما يصل الى ما فوق الليتر ويحمله المريض ويعبر عن الانسكاب المصلي
المذكور باستسقاء التامور ويشاهد خصوصا في الانبياء والامراض الكاشيكية
الديسكرازية أو عقب اعاقة الدورة الوريدية القلبية
ثم ان الانسكاب التاموري يكون عادة قليل المقدار مصليا أو لينا صافيا وهذا
ما يبرهنه في الاكليتس بالجلف وقد يكون مجرا بالدم لاسيما اذا كان تابعا للسرطان
أو الدرن أو الاستسقاء ولا يكون صديا متحيا كان روماتيزميا أو ما في ذوات
فانه يكون غالبا صديا أو صديا مصليا وكذا يكون صديا ايضا في
الامراض العضة والكاشيكيات وقد يعقب الصديد غازات منتنة تنشأ من

بعض نفس الصيد وهو نادر وتصل هذه الغازات في المادة الى التامور
من الجروح النافذة أو من الفاروف الخاطية للشعب أو للرؤ أو للعدة ويخرج من
اصابة التامور حيثئذ بالانكسار القوي الغازي
ويصنف الالتهاب الحار من التامور بسماكة الأغشية الكاذبة والالتصاقات
الشعوية

أما الأغشية الكاذبة فقد يعمل سمها الى ٠.٠٠٠ سنتيمتر وتكون مرتشحة
بالدم أو الصديد أو الدون أو تكون متبسة وفي بعض النقط مرتشحة بمادة كلسية
فتكتسب صلابة عظيمة أو غضروفية وكثيرا لا تستعمل اعلاشا هدفها الاستيويلا
ولا الكوندرو بلاست بل تكون من شمع خلوي صفائح واليا في مرتبة (رانقية)
ولها ان تكتب لها مبيضا صديقا فيقال لها للنقط اللبنة وليس لها أهمية في
الأكليتك

وأما الالتصاقات للشعوية فتشأ من كونه اذراع وعارية في الوريقين تلحم ببعضها
الظلم اجزيا فاحر على قاعدة القلب على هيئة حلقة أو الظلماعاما على هيئة
الجملة وحواجز مقالة بالمائل وبعضها العناصر الفاسدة بالاستحالة الشعوية
حيث ينح التجويف للصل وتلحم وريقتيه وهذا ما يبر عنه بالانكسار القوي
ويشاهد غالبا في تدوين التامور وتختلف درجة الالتصاق في الانكسار القوي
فاما ان تكون ضعيفة حيث يسهل تمزق الالجملة والمحويز وفصل الصفيحتين
عن بعضهما أو تكون شبه خلوية حيث تسمح لحركات القلب نوعا داخل الوريقة
الظاهرة واما ان يكون الالتصاق قويا فلا يمكن عزل الوريقتين الا بالمشرط
واذا امتد الالتهاب الى السطح الظاهر للتامور فإنه يصيب الاعضاء المجاورة
كالبيورا والركة والحجاب الحاجز وجدر الصدر فيلحم بها الظلمة قويا وفي بعض
الاحيان يحصل التماس بينه وبين الوريد الاسم له وربما اعقب ذلك انسداد
الوريد بالجلط الدموية وظهور اوزيما تاجية قاصرة على الطرف العلوي اليسار
يتقضي امكان تفسيرها في الأكليتك

ويمتد التهاب التامور ايضا الى الطبقة السطحية لفضلة القلب فيكتب لنا مصفرا
باهتا غيبها بورق الشجر الذابل نولونا سجايا مكر كما يبا ويصير قواسها رخا ويشاهد
فيها باليكروسكوب ابتداء الاحتالة الشعية

(الأعراض) الالتهاب التاموري الشايع يبتدئ عادة بطريقة غير محسوسة
بدون حمى وبدون ألم ولا اضطراب واضح في ضربات القلب والنفس ولا يستدل
على وجوده الا بالعلامات الطبيعية التي سنذكرها وأما الالتهاب التاموري بالذات
فانه يبتدئ في الغالب فجأة بتشنج خفيفة وحركة سمية والم في قسم القلب
واضطرابات في ضربات القلب والنفس

وعلى العموم متى كان الالتهاب حادا يمكن ان يزداد الألم فيه ويكتب أوصاف
الذجة الصدية بسبب اشتراك الغضيرة القلبية والعصب الجانبي الجانبي أو
البليوي لأن التهاب التامور في حد ذاته غير مؤلم (بريواديسون) وإذا حصل في
التامور انكساب بمقدار زائد يحس المريض بغير وانقباض في الصدر مع عسر
في النفس بحيث لا يمكنه النطق بكلمات متتابعين لتعقر النفس وتسمع فترات الأنف
بقوة والشهيق ويبقى على سخته هيئة الرعب والاضطراب ويرجع المريض في الفراش
بغير وسادة تحت رأسه لأن ارتفاع الرأس ولو قليلا يوجب الأغم وتضطرب
ضربات القلب أو يحصل خفقان متعب ويصغر النفس ويتواتر ويتقطع وأحيانا
يحصل عسر في الازدراء ينسب بعضهم لضغط الانكساب التاموري على المريء
ومما تزايد الانكساب في التامور يزداد الغجر وتعمل الاسفيكسيا والسيانوز
وترتفع الأطراف السفلى بالأوزما وتضعف ضربات القلب ويسرع الخطر اذا
اشترك مع التهاب التامور التهاب الغشاء الباطن للقلب

والعلامات الطبيعية التي تشاهد في الالتهاب التاموري الحاد هي أولا الاحتكاك
الذي يسمع في قسم القلب مدة السيتول فقط وإذا امتد الى الدياستول يكون
أضعف بكثير عنه مدة السيتول ويختلف صوت الاحتكاك فتارة يكون قويا
خشنا جافا وأخرى يكون رخويا غاطيا ولكنه يتميز بسهولة عن نغم الصمامات

القلبية لأنه أقوى منه ولا يتفق مع الغاط القلب وإنما وهو معدود محله ولا
يتبع اتجاه التيار الدموي ودرجته الأقوى تسمح في المسافة الثالثة بين الأضلاع
على تقارب القلب من جدار الصدر وتشتد قوته إذا انحسرت الرضف إلى الأمام
قليلا ومنفط الطيب بطرف السماع على جدار الصدر بقوة

ثم أن الاحتكاك المستولى للذكور قد يكون بسيطا مستمرا وقد يكون جافا مزبجا
مركبة ذهاب وإياب ولا يوافق دائما الغاط القلب فإنه يبتدئ أحيانا بعد المنط
الأول وينتهي قبل المنط الثاني فتسمع حينئذ ثلاثة الغاط فاللفظان الأولان
تصيران وهما المنط انقلاب المستولى والمنط الاحتكاك التاموري والمنط الثالث
اطول منهما وهو المنط القلب الذي استولى الذي قد يتنظم بالاحتكاك للسائل وتردد
الانطاط الثلاثة بهذه الكيفية يعبر عنه بدوي الريح (دوي) ولا يلتبس بدوي
المنط الذي يتحرك من ثلاثة الغاط أيضا لكن المنطين الأولين طويلان والمنط
الثالث قصير يعكس دوي الريح

ثم أن الاحتكاك البسيط والمزدوج ودوي الريح قد تستقر بضع أسابيع وقد تنزل
في مسافة بضع أيام أو بضع ساعات والسبب في نزولها هو حدوث الانكساب
في تجويف التامور فتنبأ عد وريقته من بعضها ويحل محل الاحتكاك علامات
أخرى وهي

أولا اتساع أصمية القلب وتغير شكلها فأنها تارة تقسم إلى الضلع الثاني وتغير
شكلها مثلثا قاعدة إلى أسفل وتارة تمتد الأصمية إلى الجهة اليسرى بحيث أنها قد
تلتبس بانكساب بايوراي وقد يصبح ازدياد في رانية الصدر من الخلف

ثانيا بروز قسم القلب وتوتر المسافات بين الأضلاع الذي قد يصطب بروز القسم
الشراسيفي واختناض الفص اليساري للكبد

ثالثا ضعف ضربات القلب على جدار الصدر أو فقدانها بالكلية ولكن هذه العلامة
ليست ثابتة لأن السائل قد يجمع خلف القلب ويحيط القلب قوة ملائمة
لجدار الصدر فتزيبا وقد يحس بضربات القلب مع وجود سائل كثير وإنما تكون
الضربات

الضربات ضعيفة وبحسبها في المسافة الرابعة بين الاضلاع متباعدة الى الخارج
تقليل عن عملها الطبيعي

رابعا سماع الناطق القلب بعيدة عن الأذن وفقدانها لحياها اذا كان الانسكاب
غزيرا

وفي بعض الأحيان يعصب الانسكاب المسائل غازات وفي هذه الحالة تتغير
الاصمية القلبية برنانية وبالتمع يوجد صوت معدني مصطب بدوي يشبه
دوى الطاحون بسبب ضرب حركات القلب في الخاز

(السر والمدة والانتها) من النادر ان يكون التهاب التامور وحده سببا لموت
الذي يكون في نسبة ١٤ (لويس) أو أقل من ذلك مع كذا التهاب روماتيزميا
وأما التهاب المتعلق بداء برات فإنه خطر وقد يؤدي الى الهلاك بسرعة بسبب
غزارة الانسكاب

ومع كانت الحالة حميدة تخف الأعراض ويتناقص الانسكاب بالتدريج فتعادي
وريقنا التامور ويمود الاحتكاك المعبر عنه باحتكاك الرجوع ثم تنقص بقايا
اللفظ المنقطة ويستوعب سطح التامور ويتم الشفا في مسافة ١٤ الى ٢٠ يوما
والشفا التام نادر والغالب أنه بعد امتصاص الانسكاب المحصل يستمر سطح التامور
خشنا ثم يحصل الالتقام بين وريقته وهذا يرجعنه بانكولوز القلب

وانكولوز القلب اما ان يكون تاما عاما أو جزئيا أو مقتصر على بعض الحمة وحولها
خلاية لا تمنع حركات القلب في التامور بالكلية كما سبق شرحه في الصفات
الشرحية

واوصافه الاكلينيكية لا تنفع في الانكولوز الجزئي ولا في الغير التام وتكون
أكثر وضوحا في الانكولوز التام المصحوب بالتهام التامور يحدد الصدر وهي
أولا الخذاذ للمسات بين الاضلاع الرابعة والخامسة الى الداخل والخارج
القسم الشراسيفي الى اعلاه مدة السيتول

ثانيا علم تغير حدود الاصمية القلبية مدة الشيق وكثافتة تغير او ضراع

المريض جائسا كان أو راقدا على الجنبين

ثالثا اضطراب ضربات القلب التي تصنف بعمومية السيستول وسهولة الدياستول
الذي يعقبه هبوط الأوردة الوريدية فجأة

وبتضاغط انكيزوز القلب غالبا يتدد البطينات وآفات الصمامات التابعة وعلاؤها
المعتادة كالاختقانات والاوزيم والاسفكسيا وشلل السيستول ووقوف
القلب فجائيا

ومتى حصل انكيزوز القلب عند الاطفال يشاهد خلاف العلامات السابقة تأخير
نمو القلب وينشأ عن ذلك ضعف الدورة والأنبيا الشريانية والاختقانات
الوريدية التي تنتج بالآفات القلبية لاسيما آفات الميرال وظهور الأخرى
الخطرة المتعلقة بهذه الآفات

وفي بعض الأحيان يتضاغط انكيزوز القلب بالتام التامور بالاحتشاء الموجودة
في الحجاب المنصف بحيث يصير القلب والاحتشاء المذكورة قطعة واحدة وربما
يتسبب عن ذلك ظواهر مخصوصة كالنبض البارد وكسئ أي ضعف النبض إلى
درجة غير محسوسة مدة الشيق بسبب اجتذاب الأورطى إلى أعلا وزادة اختاء
قوسها الذئ يعقبه صيق قطرها وضعت التيار الدموي فيها موقعا وأتلاء
وقوت الأوردة الوريدية عوضا عن خلوها بسبب جذب الوريد اللا اسم له
والأبهر إلى أعلا مع الكتلة اللبينية المتكونة في الحجاب المنصف

(التشخيص) حيث أن الالتهاب التاموري يتبدى في الغالب بطريقة غير
محسوسة فيجب على الطبيب البحث عن القلب يوميا في سير الأمراض التي تولده
ومخصوصا في الروماتيزم وداء برات وبهذه الطريقة يمكن الاستشعار
بالاحتكاك وشخص المرض في مبدئه

ويتيز الاحتكاك التاموري عن نفخ الصمامات القلبية بالأوصاف المذكورة
أنفا ويتيز عن الاحتكاك البليوراوي بأن الأخير يمكن إيقافه موقتا بإيقاف
حركات التنفس بالإرادة

ويتيز

ويتميز الانسكاب التامور عن الانسكاب البليوراوي المتكسب بمجلس
الاصمية وشكلها وضعف ضربات القلب وبعد الانطباع عن الاذن ويتميز
الانسكاب التامور عن ضخامة القلب بأن في الضخامة الاصمية تنتهي في
حذاء الحافة الانسية العليا للنفورف الرابع من اعلا وفي حذاء قمة القلب من
اسفل وأما في الانسكاب البليوراوي فأنها قد تصعد الى الضلع الثاني من اعلا
وتتفنى عن قمة القلب بكثير من اسفل

وعلى العموم يلزم رسم الاصمية الناشئة من الانسكاب التامور واتباع
تنوعاتها يوميا في الزيادة والتقصان

(الاحتذار) التهاب التامور الروماتيزمي ليس خطرا في انساب ما لم يتضاعف
بالتهاب الغشاء الباطن للقلب وخطره في بقية الاحوال يتعلق بمقدار الانسكاب
وفوق المضاعفات البليوراوية والرئوية والقلبية
وانتكلوز القلب مرض خطير كالتهاب التامور الدردي

(الحاجة) اذا كانت الاعراض الالتهابية شديدة معتدلة بعسر التنفس
والدورة وآلام حادة قوية والشخص دموع يمكن اجراء الفخذ الفريد عن استخراج
مخوي اله اوقات وفي الاحوال الاقل حدة يكتب بالحجامة الرطبة او ارسال
العلق على قسم القلب واستراحة المريض في الفراش ثم توضع لينة مدقاة على الصدر
ويعطى من الباطن يودور البوتاسيوم مع اللبغيتا لا وتستعمل المضادات للدقة
بمثانة مملوءة بالجليد توضع على قسم القلب وتستعمل المحولات كالحرايق في دور الاحكام
وفي ابتداء الانسكابات بعد انصرف الاعراض للمادة ولكن قبل استعمالها يلزم
التحقق من سلامة الكليتين وبعضهم يروج استعمال الحراقة بالقرينة الآتية
وهي ان يكتب بتركيبها مادة قليلة ويحمل بوضع لينة فوقها لأجل تخفيف الملم
وتسهيل الافراز المصلي بكثرة

واذا كان الانسكاب مغرطا وخيف على المريض من الملحة الغثاء فيعمل البذل بواسطة
الالة الخاصة ويفعل البط في المسافة الرابة او اللامسة بين الاموال بعيدا

عن حافة القص بجوفه الى ٢ سنتيمتر وتدخل الأبرة الدقيقة لمرة ٢ باعزاز الى اعلا والانسية ربعهم يمتد بفعل شق صغير في الجلد ثم بفعل البط ولكن حيث ان محل نقطة البط هنا بعيدة عن الأوعية والمرتة فلا حاجة الوشق للجلد قبل البذل
(المبحث الثاني في أمراض الغشاء الباطن للقلب)

(المستلة الأولى في التهاب الغشاء الباطن للقلب)

يجلس هذا الالتهاب لغشاء الباطن للقلب وصماماته وهو لا يشاهد ذاتيا أصليا بل يكون في العادة تابعا للأمراض الأخرى وينسب عنه في الغالب تقرحات وازرار واستحالات اسكليروزية تقيق وظائف القلب والصمامات بدرجات مختلفة وتختلف عنه سدد سيان تختلف عواقبها باختلاف نوع الالتهاب فاذا كان الالتهاب حادا بسيطا يعقب سده اعراضها المعتادة الموضعية واذا كان حادا عفنا فإنه يتولد من سده عوارض تفتن تختلف خطرها باختلاف أهمية المفعول للصوابها ولذلك يسمى النوع الأول بالالتهاب الحاد الحميد ويسمى الثاني بالالتهاب الحاد الخبيث ولبذا يشرح كل منهما على انفراده ثم نذكر الالتهاب المزمن وافات الصمامات على العموم فنقول

(أولا في الالتهاب الحاد البسيط للغشاء الباطن للقلب)

ويسمى ايضا بالحميل والثألولي وتحت الحاد ويعبر عنه بالبسيط والحميد وإن كانت تتلقت ايضا بالأمراض العفنة بسبب خفة تأثير على الحالة العمومية للشخص وسير الأقل خطرا جدا بالنسبة للالتهاب العفن المعبر عنه بالخبيث

(الاسباب) الأمراض التي تحدث الالتهاب الباطن البسيط للقلب عديدة كالحمية والقرصية والجذري والحرا والدفتيريا والكوديا وداء برات واهم الأسباب هو الروماتيزم على العموم وخصوصا الروماتيزم المفضل الحاد (بوير) ويصاحب القلب عادة في الاسبوع الثاني للحى الروماتيزمية وقد يصاحب القلب قبل المفاصل والأطفال أكثر عرضة له من الكهول ويشاهد عادة بين سن البلوغ والثلاثين سنة

الشرح

(التشريح المرضي) يصيب الالتهاب عادة البطين اليسرى لأهمية وظيفته فعلا
ولذلك يشاهد بالعكس عند الجنين لأن إصابة قلبه الأيمن أكثر لزمانية أهمية
فعله في الحياة الجنينية وإصابة الصمام المترال أكثر من إصابة صمام الأورطي
ويبدأ الالتهاب باحمرار الغشاء الباطن للقلب واستفاده ويظهر تشعب الوعاء
الشعري واحتقانه وتسقط الطبقة البشرية السطحية وترشح الخلايا البطيئة
تحتها بنفخ الالتهاب وتحتجب فيصير سطح الغشاء القلبي خشنا لاسيما في الوجه
المامي للصمام المترال وبالعقب من حافته السائبة ويجرود التيار الدموي
عليه ترسب ليفين الدم على البروزات فتكون أزراراً ليفية نصف شفافة
وقوامها رخو هش إذا كانت حديثة ثم ترشح بالنفخ الالتهابي والخللايا
الجنينية وتتكون فيها أوعية شعرية جديدة وحينئذ تحدث الأزرار الليفية
هنا من اجتماع متعصل الالتهاب بليفين الدم التي ترسب على السطح الخشن وهذا
ما يميز التهاب الغشاء المخاطي الباطن للقلب عن التهاب الأغشية المصلي على
العموم

ثم ان حجم الأزرار الليفية ربما يعمل من حجم الدبوس الى حجم البسلة أو أكبر وتكون
متفرقة عن بعضها أو مجتمعة كالقوت الأفنجي أو الثالولة ولهذا يسمى هذا الالتهاب
بالالتهاب الثالولي أو اللبقي وفي بعض الأحيان تحيط الزوائد الثالولية دائرة
الحافة السائبة للصمام المترال والاورط مثل الحاج

ومع تقدم الالتهاب تلين الصمامات وتنفتح وبالجث عنها بالميكروسكوب توجد
كثيراً زوائد الثالولية مرشحة بنفخ الالتهاب ومخللة بخلايا جنينية وليفين
بكثرة وقد يعصبها بعض ميكروبات وفي بعض الأحيان تحصل تقرحات أو انزواء
أو انتقاب الصمامات أو تمزق أوتارها وهذه الأذات نادرة للمعول هنا
ونشاهد بالأكثري الالتهاب العفن الذي سنذكره وقد تتعطل الأزرار
الليفية ويمزجها تيار الدم فتكون سدداً سياراً يمتصها الأعراض المرضية
الخاصة

(الأعراض والتشخيص) التهاب الغشاء الباطن للقلب البسيط لا تسبقه أعراض هجوم عادة وقد يبتدئ بدون شعور المريض ولا تعبه حتى ولا آلام واضحة وهذا يجب على الطبيب الاستقصاء يوميا عن حالة القلب في أحوال الروماتيزم لأجل استكشاف الالتهاب عند ظهوره ويتوزع بوجود النخ اليسستولى في هذه قمة القلب الذي يدل على إصابة الصمام المترال والنخ في هذه قاعدة القلب الذي يدل على إصابة الصمام الأورطي

ومدة الالتهاب الحاد لا تزيد عادة عن أسبوعين أو ثلاثة وينتهي بالتحليل ونزول النخ أو يمتد بالحالة المزمنة ويستمر النخ إلى ما لانهاية له وفي بعض الأحيان ينزل النخ ولكن لا يزال الالتهاب كامنا ويعقبه أمات والصمام لا تظهر إلا بعد مضي أربع سنين

(الإنذار) الالتهاب الحاد البسيط للغشاء الباطن للقلب في حد ذاته ليس خطرا وإنما يتولد منه الخطر في السدة السيالة وفي تشوهات الصمامات (المعالجة) إذا كان الالتهاب حادا يجب له المضاد الموضعي بالحمامة والحقن وقطع الدمجيتال من الباطن وإذا كان الالتهاب تحت حاد أو حقيقيا كالعادة يلزم استعمال المحولات كالحرايق والمقصر والمداومة عليها بعد الشفاء الظاهري للتأكد من عدم حقولها إلى الحالة المزمنة وقطع ساليبيالات الصودا في الالتهاب المتعلق بالروماتيزم وبعضهم يوصى باستنشاق بخار محلول كبريتات الصودا بلح أو محلول ملح النوشادر

(ثانيا في الالتهاب الحاد الحف للغشاء الباطن للقلب)

يتصف هذا الالتهاب بمدة الزائدة وقرحاته وازدراء الكبيرة المصحوبة بكميات كثيرة وتتأثر الحف على الحالة العمومية وبانتهائه الحزن والغالب ولذلك يسمى بالخبيث والتفوق والتقرح الزراري

(الأسباب) ينسب هذا الالتهاب إلى نمو الميكروبات وتأثيرها على الغشاء الباطن وتبقى الميكروبات إما من جرح الجلد في أي نقطة أو من فتح خراج أو من حمى النفاس أو من

أو من الأمراض العفنة كالروماتيزم والقرمزية والامتهام الصديد
 والتهاب تخام العظام والتهاب الرئة الليفي والدفترية والحرا والمخية السيوية
 ولا يشاهد في داء هرايت ولا في النقرس ولا في الزهري
 وقد يحصل الالتهاب العفن عند المرأة في مدة الحمل أو عقب الوضع وجروح
 اللحم ويكون حينئذ أقل خطرا منه عقب حمى النفاس العفن
 وإذا حصل الالتهاب العفن الباطن للقلب بدون سبب واضح ينسب ظهوره
 لوصول الميكروبات بواسطة الجهاز التنفسي أو العنقي وحصول هذا المرض
 عند النساء أكثر من الرجال لاسيما من سن ٤٠ إلى ٥٠ وهونا در هذا الأطفال
 (التشريح المرضي) مجلس الالتهاب العفن في العادة هو البطين اليسرى والعظم
 المترال والأورطي ولكنه قد يصيب البطين اليميني والصمام التريكو سيدي
 والربوي لاسيما إذا كان تابعيا للالتهاب الربوي الليفي ويعصبه حينئذ
 التهاب السحايا في الخالب ووجود البؤم موكوك في الدم ويتبدء الالتهاب
 العفن كما تبداء الالتهاب البسيط بإحمرار الغشاء الباطن للقلب وانتفاخه
 ووضوح تشجعه الوعائي ولكن وجود الميكروبات هنا بقدر وافر فتسبب
 عنه زيادة ارتشاح الصمام المترال وتغلبه بخلايا جنينية وسقوط خلايا
 البشرية السطحية واستمواضها بطبقة من نضج ليفي متخللة بخلايا بيضاء
 صديرة وميكروبات شتى تنفذ في غشاء الصمامات وتدين على تقدم آفات
 ويمتيز الالتهاب العفن بظهور الرسوبات اللبيفية التي تجعل سطح خشنا ويبدو
 أذرا اللبيفية المفرط واتساح تقرحاته المتلعة
 أما الأذرا اللبيفية فأنها تظهر في آن واحد على السطح الأذني للمترال والسطح
 البطني للصمام الأورطي وعلى جدر البطين اعنى في الحالة التي يفر فيها التيار
 الدموي على الدوام ويصل حجم الأذرا المذكورة إلى قدر البصلة أو القوتة
 الانفجحية أو أكبر وتكون أحيانا متحركة مستعدة للانتفاخ ومن المشاهد
 أن الأذرا الموجودة في المترال إذا امتد جدر البطين فأنها تحترق في نقطته

الملاسة التهابا متصفا وظهور طبقة ليفية شبيهة بطبيعة الزر الذي ولد لها
وبالبحث عن الازرار بالمكروسكوب توجد مركبة من منسوج جنيق مغلي
طبقة من الليفين محتوية على ميكروبات عديدة اهمها الاستافيلوكوكوس
البروتاي والقيح والاستريبتوكوكوس والبوموكوكوس وقد يصحبها بتومايت
وبعض الازرار يكون رخوا في حالة لين ويكون نسيجها متحيا بالاسهالة الشحية
وحتويا على بقايا الخلايا المتلاشية وبعض ميكروبات قليلة

وأما التقرحات نأنها بتدريج بتعرية البشرة وتفتية الأدمة بنفق ليومين
يؤكل النسيج وينور فيه او يحدث خراجا صغيرا ينخر في تجويف القلب وتقبه
انوريزا صغيرة جلسها في الغالب بعكس الازرار في السطح السفلي الصمام
المتراول والعلوي للصمام الأورطي أو جدر البطين بجوار الصمامات المذكورة
أعني في الحال التي تقع عليها ضغط الموجة الدموية بقوة وأما اذا غارت
التقرحات واتسعت فليكتأ عنها تنقب الصمامات وتنهكها وتاكل اولها
وتقطعها واتصال البطينات بعضها واتصال البطين بالتمامور أو تحصل سماكة
وضامة في الصمامات من افراط ارتشاحها وتلتصق ببعضها أو يجدد
البطين ويعقب هذه الافات العديدة عدّة تغاير الصمامات أو ضمها بدرجة
مختلفة أو امتزاج الدم الوريدي بالشرياني في البطينات أو التهاب التامور
الخطي

وكل من الازرار اللبغية والتقرحات يتولد منه سدد عفنة عديدة تنزعها الدورة
وتوزعها على الاحشاء والاطراف ويعقبها خراجات عفنة في الخ والسهول
والنخاع الشوكي والطحال والكبد ونفس القلب والكلى والامعاء والميلد
والغناصل او يتسبب عنها شحم عفن وامتلاء الدم بميكروبات لا تحصى
(الاعراض والتشخيص) الاعراض العامة هنا بعكسها في التهاب السطح
اهمها اكبر من العلامات الطبيعية لانها تظهر في ابتداء المرض بقوة وتكون
لبسوة هيئة تفوقية او عفنة تشبه اعراض الامتصاص من الصدر أو
التشم

التسمم العفن ولكنها تتميز عن الحمى التيفودية والأمراض العفنة المذكورة
 بوجود الانطاط الغير الطبيعية في حذاء صمامات القلب وسبقها غالباً
 بالروماتيزم وتضيقها يظهر العوارض السددية
 وبإستماع القلب يوجد نفخ بسيط أو مزدوج بمجلس القمة أو القاعدة
 على حسب الصمام المصاب ويكون ذلك النفخ اماً خفيفاً أو قوياً سطحياً أو
 غامراً خلف الشكاب تاموراً، تاجي ويكتسب النفخ أحياناً صوتاً موسيقياً
 يعبر عنه بصوت النوفه (بويو) ينشأ من اهتزاز الزوائد المتحركة في
 التيار الدموي كالأضرار الليفية النامية وأوتار الصمامات المعطوة بوجود
 النوفه يعلن في العادة بقرب حصول السدد السيارة وعواقبها الخطيرة
 (بويو) وتنوع الأعراض طبياً تنوعاً لا نهاية له على حسب طبيعة الأعضاء
 التي تصاب بالسدد ولذلك ربما يتشكل المرض بالالتهاب السحائي والحمى
 والكبدية والكلى والرئوي الخ أو يشبه الحمى الإجمالية ومخو ذلك وفي
 بعض الأحوال يمكن مشاهدة ظواهر السدد في الجلد وفي الغشاء المخاطي
 للفم والمخمة والشبكية على هيئة بقع أيكيزونية مركزها مبيض في
 حذاء السدة الشعرية وتنتشر بالفتريا

(السير والانتها والانتذار) يختلف سير الالتهاب العفن فاذا كانت الحمى
 قوية يكون سيره سريعاً وينتهي بالهلاك في مدة قصيرة وهذا ما
 يشاهد متى حصلت أعراض التسمم العفن وأما في الشكل التيفودي فإن
 المرض قد يستمر مدة بضعة أسابيع وينتهي بالهلاك أيضاً وفي بعض
 الأحيان تكون الحرارة أقل ارتفاعاً أو يحصل فيها تلطف وفق زناً
 فزناً أو تحف وتلطف الأعراض العامة وتحسن حالة المريض ويشفي
 إلا أن ذلك نادر بعد من صعود المريض

(المعالجة) يعطى للمريض ما أمكن من المقويات والمنبهات كالكمادات الساخنة
 والكحول والمهق والأمرق واللبن ويضاف لذلك حمض الساليسيليك

٢٤٦
بمقدار آجم الى في اليوم تبعا (لحاكو) أو باقزوات الصودا
(تالفا في الالتهاب المزمن للغشاء الباطن للقلب)

وليس أيضا بالالتهاب الاسكليروزي أو اللينقي

(الاسباب) الالتهاب المزمن في العادة يعقب الالتهاب الحاد البسيط الروماتيزمي
أو يكون أصليا ويشتد بدون استئثار المريض ويستمر كما منامدة مديدة
حيث يكون الانسان متمقا بظواهر العفة التامة عدة سنين قبل ظهور
اعراض الاقوات الصمامية القلبية وعوارضها عنده

ويتعلق الالتهاب المزمن الأصلي عادة بالقرص والزهرى والافراط في
المشروبات الكحولية وسيروز الكبد والكلى وداء بريات وهو نادر عند
الشبان وكثير عند الكهول ويزداد حصوله كلما تقدم الشخص في السن
ويكون عاديا عند الشيوخ الصباين بالاتيروم الشرياني والاسكليروز
الحشوي على العموم

(التشريح المرضي) تعرف النقط الصمامية من الغشاء الباطن بعقد لمعائها
وتيسها ومث كان الالتهاب المزمن تابعا للالتهاب الحاد يتناقض اعتقان
الشبكة الشعرية الدموية وينصرف بالتدرج ويتناقص الاستفاح والارتشاح
الالتهابي فتعطل الازرار الليغية وتيبس بعد ان كانت رخوة هشة بسبب
ظهور النسيج الاسكليروزي فيها وبامتداد الاسكليروز الى الطبقة الخلوية
المرنة لغشاء الصمامات تضمر وتيبس ويتضاعف الاسكليروز في العالم
باحتلالات شحمية ورسوبات فوسفاتية وكوبونية وكلسية ومغنيسية
كما يحصل في الاتيروم الذي يصاحبه في الغالب

وينشأ من الاسكليروز تشوهات الصمامات اما فتحها فانها تصير على هيئة
حلقة ليفية تضيق بانكاسها وتضيق غير متقلة وأما نفس الصمام فانه
قد يصير ضحكا فيزيد حجمه انهماقا أو يضمر جدا أو يلجم ببعضه أو يجد الطين
وتكون حافته مقزقة أو سمكة أو مزينة بالزوائد والازرار الليغية
التي

التي تشاهد غالباً في السطح العلوي للصلب المترال والسفلي للصلب الأورطي وقد يكون الصمام مثقوباً وأحياناً ممتسجة وقد تمتد الأسكلروز إلى الأغشية الحمية وجدار البطين ويتضاعف فيها أيضاً بالاستحالة الشحمية أو الكلبية ويسبق هذه الاستحالات آفات الصمامات على العموم وضيقتها وعدم كفايتها ويأتي بحث عن القلب يوجد مضاعفات بسبب زيادة فعله لأجل تداخل عواقب آفات صماماته ولكنه ينتج بالاستحالة الأسكلروزية والاميتروم كغشائه الباطن

وأما الأمراض والاضطرابات هنا فأنها تخص بأفات الصمامات التي سنشرحها

(المبحث الثالث في آفات صمامات القلب على العموم)

(الأسباب) صمامات القلب الأيسر هي الأكثر إصابة لاسيما المترال وفيه يسبق الضيق عدم الكفاية في الغالب وإصابة الصمام الأذيني البطني الأيمن تعقب إصابة المترال غالباً كما سنوضح ذلك في الشرح وعدم كفاية المترال يعقبه في الغالب عدم كفاية صمام الأورطي وقد تعقب صمامات القلب كلها على التتابع

والأسباب تتعلق عادة بالالتهاب الحاد والمزمن للغشاء الباطن للقلب أو تنفلاً من قولادات عارضة كالأورم والأورورزما والسدد وقد تحدث آفة الصمامات عقب مجهود قوي فيما إذا أُلِيَ الشخص المسقوط مثلاً ولم يتمكن من التخلص منه إلا بفضل مجهود قوي وفي هذه الحالة ربما يمزق صمام الأورطي أو المترال وربما استشرى الشخص في وقتها بالأمراض واضطراب القلب

وفي بعض الأحوال يكون الصمام سليماً ولكن فتحة ممتسجة وهو ما يشاهد غالباً في الصمام التركي وسبب عدم كفاية الدورة الرئوية وضيق الدم على البطين الأيسر وكذلك المجهودات القوية في الحسكر مثلاً ربما يسبقها عدم كفاية المترال والاستحالة الشحمية للقلب وضعفه الشيخوخة أيضاً قد يحدث تمدده وعدم

كفاية صماماته

وميقب اميابة الصمامات اما ضيقها او عدم كفايتها
 اما ضيق فتحة الصمام فالمراد به نقص قوتها فلا يتيسر للموجة الدموية المرور
 فيها بتمامها واما عدم كفاية الصمام فالمراد به عدم انغلاق فتحة الصمام
 فتستمر الموجة الدموية فيه بعضها او معظمها بدل ان تقدم بتمامها
 (التشريح المرضي) احرار الصمامات وانتفاخها في الانتهاء للحاد منها كان
 خفيفا ينشأ عنه عدم انغلاق الصمام جيدا أي عدم كفايته ومنه انتفخ
 الصمام او تمزق يصير عدم الكفاية واضحا

واما سماكة الصمام ويتسببها انكماشه الاسكليروزى عقب التهاب
 المزمن فينسب عنه فقد مرونته واعاقة وظيفته ومنه اصبحت اوتان أيضا
 با لتييس والسماكة فانها تقيق عدم ظهور الصمام على سطح السائل عند امتلاء
 البطنين بالدم ثم من انكشفت فتحة الصمام تقيق وتضيق غير منتظمة ومنه
 تكونت فروقا اذ رار او بروزت او رست فيها الأملاح الكلسية تكون
 على سطحها بروزات تزيد في ضيق فتحة الصمام وعدم انتظامها ثم من
 التحت شراخ الصمام ببعضها او يحد ر القلب يزداد الضيق وربما بلغت
 الفتحة حجم ريشة اللوز أو قرب من الانسداد بالكلية كما شوهد
 ذلك في فتحة الشريان الرئوي

وقد يجتمع الضيق مع عدم الكفاية ومثال ذلك اذا انتفك الصمام وانقب
 في التهاب الحاد العفن وتكونت عليه اذرار ليفية كبيرة الحجم يتسبب
 منها ضيق فتحة واذا حصل انكماش اسكليروزى في فتحة صمام مشقوق
 من قبل أو خرافيه متزقة أو حصل انكماش فتحة الصمام أو انقلعت جميع
 اوتان ليصير كقطع المركب في الهواء فتدفعه الموجة الدموية من الالذين
 الى البطنين ومن البطنين الى الالذين

وفي بعض الأحوال يتأكل صمام او اثنان من الصمامات الهلالية لفتحة الأورط
 فتستقر

فتستقر الموجة الدموية كلها أو معظمها مدة الدنيا ستول
ولا حل تشخيص ضيق الصمامات الاذينية البطينية في الحمة أو عدم كفايتها
يقابل اتساعها بالحالة الطبيعية فأما تسع السبابة أو الوسطي غالبا
وأما صمام الأورط فينتفع عدم كفايته بقطع الشريان بعيدا عن القلب
ثم يشق البطين الأيسر ويصب الماء في الأورط في الحالة الطبيعية لا
يسيل الماء في البطين أو يسيل قليلا وأما في حالة عدم الكفاية فإنه يسيل
بسرعة وضيق الأورط سهل للعناية بالنظر لأقاة المادية

(كما في الصمامات أي تعاد لها) ضيق فتحة الصمام يوجب ضخامة التجويف
الذي يسبقه تضيق فتحة الأورط مثلا يوجب ضخامة البطين اليساري
وضيق المترال يوجب ضخامة الاذين اليسرى وأما عدم كفاية الصمام فإنه
يوجب تمدد التجويف الذي يسبقه فعدم كفاية الصمام الأورط مثلا يوجب
تمدد القلب الأيسر وعدم كفاية المترال يوجب تمدد الاذين اليساري ولكن
تمدد الاذين المذكور يكون خفيفا لأن فقد الصمامات في الاوردة الرئوية
يوجب اشتراك الرئتين في تحمل قهقرة الدم والتخفيف عن الاذين اليسرى
وان ازمنت اصابة إحدى الصمامات على العموم لا بد وأن تنتهي بالتأثير
على القلب بتمامه ففوق المترال مثلا يوجب ضخامة الاذين اليسرى لأماكنها
من دفع الموجة الدموية في فتحة الضيقة فأذا لم تنفذ الموجة بتمامها تأخر
الدم في الرئتين وينشأ من عاقلة الدورة في الرئتين كما في عاقبتها والالتهاب
الشعبي المزمن ضخامة القلب الايمن ثم تمتد ازم من المرض ينقص مقدار الدم
في الدورة على العموم بنسبة ضيق فتحة المترال فيضطر البطين الأيسر ويضطر
بأق القلب معه وأما افه الصمام الأورط التي تحدث فيه ضيقا وعدم
كفاية في آن واحد فإنه يتسبب عنها ضخامة القلب الأيسر وتمدده
وتعقبه ضخامة الاذين اليسرى وتمددها ثم يتبع ذلك ضخامة القلب الايمن
وتمدده فبنته الحالة بضامة القلب بتمامه واكتسابه حجما كبيرا قد

يصل فيه وزنه الى ٤ اوقية وزيادة وهذا هو المعبر عنه بفخامة

القلب البقرية

ثم أن ضخامة القلب وتقدمه في الشروط المذكورة يعبر عنها بالتكاثر
أو التعداد لأن حصوله يكافئ آفات الصمامات ويعاد لها ويؤخر ظهور
عواقبها

هذا ما يتحقق بالتشريح المرضي للآفات المرضية وأما الآفات العامة والتاليفية
فهي عديدة جدا ولا يمكن حصر جميعها ولنذكر المهم منها وهو
(أولاً) الآفات الناشئة من السدد

(ثانياً) الآفات الناشئة من فقد السيستول وليس المراد بفقد السيستول
هنا وقوفه بل المقصود ضعفه المفرط الذي يكاد أن يكون وقوفاً أو
شللاً

أما السدد فأفاتها تختلف باختلاف مجلسها وأهمية العضو المتصاب به وتتشاهد
بالأكثر في المخ والرئتين والكبد والطحال والكلى وسائر الأعضاء الوعائية
وأما فقد السيستول فيعقبه امتلاء الأوردة وتقدمها واحتقان الأعضاء
الوعائية بدرجات مختلفة وحصول الانزفة ونفخ المصل وحصول الكورنيا
والاشكابات المصلية في البريتون والبيورا والتامور وتوجد الرئة
مصابة بالاحتقان والاوزيميا والقيس الأحمر والترين وأوعيتها مصابة
بالمدوالي والايثروم ويوجد أكيد مصاباً بالاحتقان الجوز الطيفر والمدة
والامعاء في حالة احتقان ركوده عام ويوجد الطحال متنفخاً أوزيمياً
والكلى كبيرة الحجم محتقنة جداً ويوجد المخ محتقناً وجيوبه مملئة بالدم والحم
وجميع الاحشاء في حالة احتقان مصحوباً بكيوزات ونزيف وبوريات
سدنية ويوجد القلب أيضاً مضطرباً ويوجد نسجه باهتا في حالة استحالة
شخصية أو اسكليروزية وتوجد في باطنه جائط دموية بعضها ليفي ملتصق
قديم التكوين والبعض رخو حديث التكوين

(الاعراض) تنقسم أعراض آفات الصمامات القلبية الى موضوعية
عجلها القلب والأوعية وهى الأهم لأنها مرتبطة بنفس آفة القلب
والاعراض عامة تابعة لاضطراب الدورة

وأول ما ينشأ من آفة الصمامات حصول التضامة للتكاثرية التى سبق
ذكرها ومما كانت آفة الصمام متكافئة أهمتها دالة يمكن ان يستمر المريض
متما بظواهر الصحة التامة وأما اذا ضعف التكافؤ المذكور عتب
استحالة القلب وامواجه وابعثته بالاسكليروز والاعتوم المتعفة
لقوة انقباضاته وتقديته حينئذ تظهر الاعراض القلبية فيحصل عسر
فى التنفس وضيق فى الصدر يعصبه خفقان واضطراب فى الدورة يتصرف
بالانيميا الشريانية والاحتقانات الوريدية والارتشحات المعيلية
وتتقهقر وظائف التقدير العامة وبازدياد عسر التنفس وضيق
الصدر عند الحركة لاسيما حين صعود المرتفعات أو السلم ثم يشتد
ضيق الصدر ويقوى بالليل فيقاسى المريض الارق والسهاد وكما
خلفت عيناه يستيقظ فجأة فى حالة اختناق ويلتزم الجلوس ليلا
ونهارا ولكونه لا يمكنه الرقاد على أحد جنبيه ولا استراحة رأسه ليستد
ظلمه ودأسه على الوسائد وهو جالس وكما اضطلع يشتد عسر
تنفسه حتى يبلغ الى درجة الاختناق وهذا ما يميز عسر التنفس
القلبي من عسر التنفس الجلوسى المتعلق بالالتهاب الرئوى التلى
ويصحب عسر التنفس القلبي سياتوز انماوى يخالف السياتوز المتعلق
بإسراض الحفظة والالتهاب الشعبى الشعبى بعدم احتقان الوجه
والملتحمة واليدين ولا يكون السياتوز القلبي مزرقا الا فى انقباض
القلبين كعدم انسداد ثقب بونال وقد يشاهد احتقان طرف الأتف
وحمة الأذن والشفتين واللذان ولحد احتقان وريدنا واستفاح
أطراف الأصابع فى آفات الصمامات القديمة

وينسب الأرق في آفات العمامات إلى احتقان المخ الشديد الذي لا
يكن من الاستراحة بالنوم وينسب ازدياد عصر النفس في النوم إلى
احتقان القاع المستطيل المنوط بوظيفة النفس وقد يشاهد
هنا النفس الشيم استوى أي انخفاض حركات النفس بالتدرج
حتى تقف برهة ثم رجوعها إلى أصلها أيضا بالتدرج على نوب متكررة
ومجموع الأعراض السابقة يعبر عنه بفقد السيستول أو الكاشيكيا
القلبية التي يعصبها ضعف الأوعية الشعرية وارتخاؤها في جميع أجزاء
الجسم وإصابة الأعضاء كلها بالاحتقان أو السدد والأنزفة
كالرئة والمخ والكبد والطحال والكلا والجهاز المعضمي واحتقان الرئة
وتزيفها يعصب آفات المترال أكثر من غيرها وهي يحدثها من أعاد الدوة
وأصابة الأوعية الشعرية والسدد السيالة الدقيقة وسقف النفث
الدموي بلونه المسود ورائحته الثومية واستمرار مدة مستطيلة
(جريزول) وهذا الذي يميزه عن النفث الدموي الشعبي والمدرف
واحتقان الكبد الذي يوزي الطيبي المعبر عنه بالكبد القلبي يعقبه
تمدده وتآكله واصفرار الجلد الأبيض والرعاف والاستسقاء الزقي
أحيانا واحتقان الجهاز المعضمي يعقبه اضطراب الهضم وسوءه
المعبر عنه بالمعدة القلبية واحتقان الكلا يتسبب عنه ندرع
البول وتركزه وظهور الرمل والزلال فيه واحتقان المخ والحلبة يحدث
الأرق والذهيان أو اللسج
والسدد السيالة التي تعزل إلى الدماغ يعقبها لينه وانزفته والشلل
والأفانز المخ

وتتفهم أعراض هذه الأمراض إلى أعراض المرض الأصل وتزداد الأوزيما والانسكاك
المصلية وتصف بأنها قريب المحال للحدوث من الجسم كالأمراض السفلى
والبريتون وعند طرح الفرائض نصيب الجهة المخدرة بما فيها الوجه والطرف
العلوي

الملوح والبليود والاصيب الصف (فاج) ولا تقبل الى درجة الاوزما
والانسكابات المتعلقة بداء برات وسيروز الكبد
وقد يصاب الجلد الاوزماوى بالايديتا والحرا والفتريا بسبب زيادة قوته
او قبحه او عقب تشريطه الصناعى الذى يفعل لاجل تعريضه تشاحه الصل
هذا ما يخص الاعراض العامة وأما العلامات الطبيعية فاهمها السمع وأما
القرع فإنه لا يدله على شئ في آفات نفس العمامات وانما يدل على ضامة القلب
التأبعية وتختصر علامات السمع في شيئين مهمين النخ وازدواج الالفاظ
ومن المعلوم ان الفاظ القلب الفسيولوجية اثنان اللفظ الأول يستولى
يوافق انقباض البطينات وانتفاخ الصمامات الازينية البطينية ويحدث
من علق هذه الصمامات ومن تمد الشريانيات المركزيين بالموجة الدموية في
آن واحد واللفظ الثاني دياستولى يوافق ارتخاء البطينات وانغلاق
الصمامات الشريانية مما يحصل من علق هذه الصمامات ونفوذ الدم في
البطينات وتمدها به في آن واحد ويعقب اللغظين زمن فترة يسير بها
في مدتها القلب بتمامه وبالسمع في هذا قسم القلب اسفل حلة الشدة
وانسبها يوجد اللفظ الأول طويلا واضحا ويوجد اللفظ الثاني قصيرا
واقل وضوحا وأما بالسمع في هذا قاعدة القلب في محل اتصال عظم ورف
الصنبل الثالث جافة القصر اللفظ فبا لعكس اذ يوجد اللفظ الأول قليل الضوض
عائلا ويوجد اللفظ الثاني طويلا واضحا سطحا فيستنتج من ذلك ان مجلس
اللفظ الأول في هذا قمة القلب ومجلس اللفظ الثاني في هذا قاعدة ويلزم
البحث عن كل منها في نقطته المخصوصة عند الاستقصاء عنه
(النخ القاص) النخ القاص هو لفظ غير طبيعي يسمع في هذا القلب وتختلف
اوصافه باختلاف الاحوال فاما ان يكون بسيطا كنفخ المنقاخ او خشنا
كاحتكاك المبرد في الخشب او نشر المنشار او موسيقيا كغزوة الصرة
وأما بالنقل لقوته فاما ان يكون خفيفا يكاد ان لا يحس به او قويا واضحا

جدا وأما بالنظر لمدته فاما ان يكون قصيرا سريريا او مستطالا مستقرا او غير مستقر بحيث لا يستشعر به في بعض الفترات وقد تنوع اوصاف النغخ وقوته ومدته في الشخص الواحد على حسب استعداده الوقتية ووجوده لا يختص دائما باصابة الصمامات فانه يحصل ايضا في الظاهر والابطنيا ويمكن مشاهدته عقب فعل الجهود وفي حالة التنبه العصبي الزائد ومدته الحقائق عند بعض الاشخاص المحتملين بالصحة النامة ولكنه يصف بعد استراحتهم

والهم تحيينه بالنظر الى النغخ القلب هو مجلسه ونسبته مع الانبساط الطبيعية للقلب ولأجل الوجود الى ذلك بالاضافة يلزم استعمال السماع البسيط أو المزودج ووضوح طرفه على الجلد مباشرة والاستفاضة اما مجلس النغخ فانه يختلف بالنظر للصمام المصاب فاذا كان مجلس الاصابة الصمام المترال فان جدر البطين اليسرى توصل النغخ الى نقطة ضربات القلب على جدر الصدر ويسمع حينئذ في حذو قمة القلب أسفل الثدي ووحشية قليلا وحيث ان ضربات القلب تصل الى الضلع الخامس فيمكن سماع النغخ ببلول هذا الضلع في الابط والظهر بقرب زاوية اللوح وتجاه الطرف القعوي للضلع المذكور الى غاية الزاوية الخيفية

واما اذا كان مجلس الاصابة فتحة الأورطي فيسمع النغخ في حذائها على انقباض عضروف الضلع الثالث بجافة الفص اليسرى فان كان في فتحة الصمام ضيق يتصل النغخ بواسطة حذر الأورطي لغاية المسافة الثانية أو الأولى بين الاضلاع اليسرى وأما اذا كان بالصمام عدم الكفاية فان النغخ يقتصر على العضروف الثالث والمسافة الثالثة بين الاضلاع اليسرى أو يتوصل بجدر الأورطي الى جدر البطين اليسار ومنه الى قمة القلب أو يتوصل من جدر الأورطي الى الفص الخفية الزائدة الخيفية

ولما

وأما إذا كان مجلس الإجابة الصالح الأذن البطيخ اليه فأنه يسمع النسخ في حذانه في القصر في متوسط المسافة بين طرفي الضلعين الرابعين ويتوسط من هذه النقطة إلى أسفل إلى غاية الزائدة المحصورة والمجدد للصدر والمجاورين وأما إذا كان مجلس الإجابة معام الشريان الرئوي فأنه يسمع النسخ في حذانه انقباض عضروف الضلع الثالث بحافة القصر اليسرى وإذا كان السبب ضيق فتحة الصمام يسمع النسخ في الجهة اليسرى لغاية المسافة الثانية أو الأولى بين الضلعين وأما إذا كان السبب هو عدم كفاية الصمام فإن النسخ يسمع في حافة المغروف الثالث اليسار ويتوصل بمجدد الشريان إلى غاية جدار البطن اليمن ومنه إلى النصف السفلي من القصر

وأما نسبة النسخ مع القاط القلب فيلزم اعتبارها بالنسبة لانقباض البطيخات أي السيستول فيقال للنسخ سيستول إذا وافق اللفظ الأول السيستول أي ابتداء معه حال انقباض البطيخات وهذا النسخ إما أن يتبدد بقدر اللفظ الأول فقط أو يستعمل عنه قليلا في المسافة الفاصلة لللفظ الأول عن الثاني

ويقال للنسخ دياستول إذا وافق اللفظ الثاني الدياستول أي ابتداء معه حال ارتخاء البطيخات

ويقال للنسخ بعد الدياستول إذا حصل بعد اللفظ الثاني حالاً وانتهى في زمن الراحة بعيداً عن السيستول ويقال للنسخ قبل السيستول إذا حصل في زمن الراحة واقبل باللفظ الأول أو انتهى قبيله واحتلفت الآراء في التعبير عن سبب النسخ فالبعث يعبّر عنه بمردد السائل في فتحة ضيقة واحتكاكه في جدرانها وتنوع أو صاف على حسب انتظام الفتحة أو قسوها في الفتحة أو عدم الكفاية سواء (لاينك) والبعث يعبّر عنه بمردد السائل على هيئة عرق رفيع من الفتحة الضيقة في وسط تجويف أوسع منها وبامتزاج السلول مع بقية السائل الموجود في التجويف

تعمل تيارات ساكنة في جميع الاتجاهات يتولد منها صوت النفخ (كويجان)
وأحيانا يصحب النفخ صوت فوفوة الهرة أو موسيقى ينسب الى وجود زوائد
محركة في البطينات كالآررار اللبضة النامية واورثار الصمامات المقطوعة
مثلا وفي لحوال اخرى يصعب صوت اهترار في شبيه بقرة الهرة تحس به اليد
والآذن سواء كما يشاهد في ضيق اللزالي مثلا وينسب الى نفوذ سلسوك
الدم من الفتحة الضيقة بسبب ضغط الأذين عليه يتم بقوة في وسط الدم
الموجود في البطين ويحركه كاللحمة الصغيرة ويعمل صوت اهترار السائل
بواسطة قبة القلب الجدار الصلب

(ازدواج الالفاظ) المقصود بازواج اللفظ انقسامه الى اثنين تسميان
بسقوط الجاكوش على السندال بعد القرح عليه به بقوة وحيث ان اللفظ
الواحد في القلب ينشأ من اتلاق صمامين مما فيشترط لحصول اللفظ دقيقا
اتلاق الصمامين في آن واحد واذ اتقدم احدهما أو تأخر عن الآخر يسمع لهما
لغتان عونا عن واحد وهذا ما يترجم عنه باللفظ المزدوج ولغزرب لذلك
مثلا اذا حصل ضيق في فتحة الصمام المترال يتسبب عنه اعاقاة الدورة
الرئوية وتزداد امتلاء الشريان الرئوي بالدم زيادة عن الاورطي ويعقب
ذلك تأخير اتلاق صمام الشريان الرئوي من صمام الأورطي وحصول اللفظ
المزدوج الدياستولي

وازدواج الالفاظ ليس علامة على امهابة الصمامات لأنه قد يحصل ايضا
بدونها مثلا اذا امتلاء الاورطي وتوتر في داء برليت أو امتلاء الشريان
الرئوي وتوتر في التهاب الشعب المزمن يتأخر اتلاق احد الشرايين
او يتقدم عن الثاني ويعقب ذلك ازدواج اللفظ الدياستولي
وازدواج اللفظ السيستولي نادر وينسب لعدم انقباض البطينين معا ويسمى
باللفظ الربع أو دوي الربع واما ازدواج اللفظ الدياستولي فيسمى باللفظ
القطا أو دوي القطا

(السير والمدة والانتها) لاستمر اعراض آفات العمامات دائما على التقدم ببطء لغاية ظهور عوارض الكاشيكسيا القلبية بل يتحسن الاعراض من نفسها في بعض الاحيان أو بالمعالجة اللائقة ويقف سير المرض مدة طويلة أو قصيرة وفي احوال أخرى يموت المريض فجأة لاسيما في عدم كفاية الصمام الأورطي أو يصاب بعوارض خطيرة كالنزيف الرئوي والدماغ والسدد التي تقبل هلاكه وقد يكون السير سريعا جدا فيصل المرض الى دور الكاشيكسيا القلبية في مسافة بعض أشهر ويموت بصر التنفس والكوما

(التكفيس) تشخيص آفات العمامات يعقد فيه خصوصاً على أوصاف النخ القلبي والنبض وبعض الاعراض الخاصة بالصمام المصاب فيلزم الاعتناء في السمع واستعمال المسامع البسيطة والمزدوج ووضع طرفه على الجدار مباشرة والاصفاً جيداً ويبدأ باستماع النخ في عجله الأهم ثم يلزم تتبعه في محال امتداده وتعيين مجلده بالنسبة للعمامات ومقارنته بالانفاط الطبيعية للقلب وعدم التباسه بالنخ المطلق بالانثيا والحيات وتبين الانفاط للزوجية المتعلقة بآفة الصمام المتزال عن الانفاط الشبيهة بها المتعلقة بداء بريت والالتهاب الشعبي المزمن

وأما النبض فلا يكفي الطبيب بالبحث عنه بالأصبع بل يلزم استعمال رسامة النبض (اسفيجوجراف) لأجل معرفة أوصافه بالدقة ويلزم مقابلة النبض بضربات القلب ومقارنتها ببعضها بالخط

وأما الاعراض الخاصة بالصمام فيسندكرها في علمها قريباً (الانذار) ضيق الصمام الأورطي لاسيما اذا كان مصحوباً بأتيروم الشريان فإنه قد يحدث الموت الفجائي بالاعضا

وضيق الصمام المتزال بعيد الخطر اذا كان متكاملاً ويسمح للرئيف بالمعيشة مدة سنين وأما عدم كفاية المتزال فإنها أكثر خطراً ومع ذلك يمكن تخفيفها بالمعالجة اللائقة وتأخير خطرهما وأما اجتماع

الآفتين فإنه أشد خطرا مما ذكر ويليهما في الخطر منق المزال الغير متكافئ
 وعدم كفاية طعام الأورط هو أشد الجميع خطرا خصوصا اذا اسطح بمقد
 البطيخ اليسير لأنه يورث الموت الفجائي ويشدد خطر اذا اقتباض بالسيق
 والايثيوم ومع ذلك اذا كان مكافئا بدرجة مناسبة ربما يتأخر الموت
 بضع سنين واذا اقتباض بعدم كفاية المزال ربما يئلف نوعا
 ويتنوع الانذار بتنوع السن والمعيشة والبيئة فكل العموم يكون الانذار
 عند النساء أقل خطرا منه عند الرجال بالنظر لمعيشتهن المترفة واذا كانت
 الآفة روماتيزمية الأمل تكون أخف عاقبة من الآفة المتعلقة بالانترم
 باعتبار أن الحالة الأولى تصيب الشبان والكهول والحالة الثانية
 تصيب الشيخوخة وأنه يمكن كفؤها في الحالة الأولى غالبا بسبب صحة المجموع
 المعظم والكثتين وجودة البيئة وفي الحالة الثانية يكون القلب مستعدا
 للحالة الاثروماتية كما في الاوعية ولذلك يكون الخطر أقل نوعا عند أهول
 البيئة منه عند الاثروماتيين والضعفين ثم ان كيفية معيشة المريض
 وتيسر أو قسوة والاعتناء بالمعالجة او الإهمال فيها والتعرض للأتباب
 والانفعالات النفسانية والافراط بانواعه أو الحرمان وسوء التغذية
 كلها اسباب تنوع العاقبة

وأما آفات الشريان الرئوي فضعفه يكون عادة ميلاويا وبوجبا السيلفون
 ولا يصح للطفل بالمعيشة واذا بلغ سن السبوية تكون صحته دائما
 سيئة ويموت باللدن ومع ذلك نأث كان ضعيفا ربما بلغ المريض الى
 سن الخمسين

وضيق الصمام الاذيني البطني الأيمن يترافق عادة مع ضيق المزال وهو
 قليل الخطر وأما عدم كفايته فإنه في العادة يعقب آفات المزال أو اعاقة
 الدورة الرئوية وهو يعد كصمام الأيمن لهذه الأمراض لأنه يساعد على
 تصريف الانسداد الدموي جهة الأوردة وتخفيفه بالارتشاح والانسكاب
 المعيلية

المصلية

(المعالجة) معالجة آفات جميع الصمامات لا يعرض لنفس آفة الصمام بل
لعواقبها وعوارضها الطويلة فيقصد منها (أولاً) إدارة قوة القلب وتقويته
وقد يبرها بقدر الامكان (ثانياً) تنظيم ضربات القلب والدورة
الشريانية (ثالثاً) تخفيف الاحتواء والوردة والارتشاح المصلية
أولاً إدارة القلب يلزم تخفيف شغل القلب بقدر الامكان وتجنب اضطراب
الدورة والمجهودات النفسية والانفعالات النفسية ويوصى المريض بالهدوء
والتؤدة في أعماله وحركاته وتجنب العجلة والغضب والاحتباس من أسباب
البرد والنوافل التنجيب والامتناع من المشروبات أو استعمالها بمقدار ضئيل
لأن الإفراط منها يؤثر على الكلى وربما يحل ظهور داء بركيه ويستغنى بالتدبير
العنداء فيؤمر المريض بأكل اللحوم والالبان وتجنب التنبويات والدم
والغشريات المظنة المضم على حسب حالة المعدة وتقطي له بعض المبهطات
والمقويات كالكمينا والركبات الحديدية أو الزرخية لأجل تقوية البنية
والقلب معاً وإذا كانت المعدة لا تسمح باستعطاء الأذنية الصلبة فيعطى
الالبان والامراق وفي اللبن فائدة ثان التقذية وادار البول ويمكن إضافة
اللاكتوز اليه لأجل تقوية فعله المدد للبول

(ثانياً تنظيم ضربات القلب) أقوم الأدوية الملطفة لضربات القلب
وليسها الدجيتالا انما يلزم استعمالها في بعض أمور عضوية ويجب
استعمالها في الأحوال المضادة فتستعمل عند وجود ضعف وعدم انتظام
في ضربات القلب سواء كان مصحوباً بحققان أو لا وعند وجود ارتجاء
الشرايين ونقص التوتر الشرياني في دورة ويلزم استعمالها إذا احتج
كانت قوت القلب والتوتر الشرياني مترايين فتستعمل مثلاً في عدم كفاية
الترال المصوب بتمدد القلب وسرعة النبض وعدم انتظامه وقابليته
للمضغ تحت الأصبع وتستعمل أيضاً في عدم كفاية المترال المصوب بضيق

في هيئة صمام الاورطي خصوصا اذا كان البضخ خواسريا وغير مستظم ولا يستعمل
الدرجيتا لا في آفة صمام الاورطي المتكافئة بغضامة البطين الايسر والدرجيتا لا
مفعولان الاول استظام ضربات القلب والثاني ادرار البول
ويلزم الاعتناء جدا في استعمال الدرجيتا لا ومراعاة فعلها لأنها تؤثر بدرجة
عظيمة عند بعض المرضى ويتخذون فعلها وربما عقب ذلك فقد السيستود أو
شمله ويكون السبب متعلقا اما بمقدار الدرجيتا لا الذي زاد عن الحد أو باستعماله
مرة استعمالها زيادة عن اللزوم ولأجل الاحتراز من هذه المواقف لطرق
يمكن مراعاة الأدرار يوميا فإنه يزداد عادة عقب تناول الدرجيتا لا حالا فإذا
حصل فيه نقص ترك استعمال الدرجيتا لا مؤقتا

وتستعمل الدرجيتا لا على هيئة صبغة بمقدار آج أومنتوق (٥ ذ الى ٧ ذ من
الورق) أو الدرجيتا لاين حبوبا تحتوي على آ ميليجرام بقدر حبتين أو ثلاثة في
اليوم ولأجل تقوية فعلها للأدرار يمكن ان تضاف اليها المركبات الزينية ويصل
المضبل أو ترفق بخلاصة البوناسا أو كريمة الطوطير

ويكن استعواض الدرجيتا لا بالادوية القلبية الأخرى الحديثة (وهي اولا)
الكوتفا للاريا التي تعطى على هيئة خلاصة من آ الى آ جرام أوصبغة من
آ الى آ جراما في اليوم (سيه) وتأثيرها كالدرجيتا لا يعقوى الموقر الشريان
ويدر البول وناضة في الاستسقاء الزق (ثانيا) الاستروفانتوس
واصله المفعول المسمى استروفانتين على هيئة صبغة بقدرة ٥ الى ١٠ نقطة
في اليوم وهو يعقوى السيستود بمفعوله أقوى من مفعول الدرجيتا لا ولا
يتخذون شكلها وينفع في آفات المترال الغير المتكافئة (ثالثا) الكافيين على
هيئة سترات من ٥٥ ز الى جرام واحد أو اثنين في اليوم تستعمل في دور
الكاشيكسيا القلبية اذا كانت القلب في حالة ارتقاء ونصف شلل والحركة
العامة مخفضة والاستعداد للأعضاء قريبا والارتشاح المصلي زائدا ويرافق
الكافيين حينئذ بالمسروبات الكولية والجرعة القلبية أو خلاصة
الموشادر

الموشادر لاجل انتعاش المريض وتقوية الدعة وحيث ان الكافيين مدر للبول
فيساعد ايضا على صرف الارتشاحات

(ثالثا تخفيف الارتشاحات والامتلاء الدموي) في الاحوال الخفيفة تعطي المسهلات
الخفيفة كالحياه المعدنية المسهلة وسلفات الصوديوم وفي الاحوال الثقيلة تعطي
المسهلات الشديدة كماء الحياة النساوي بمقدار ١٠ الى ٢٠ جم وتعطي مدرات
البول كعرق الخيل واذا غاب الكروز وخلوت اوندات البوتاسا والبنيد المدر
لبصيل الضفيل والديجيتالا والاكتوز بمقدار ١٠ الى ٣٠ جرام ولا تنفع العرقا
هنا واذا لم تنجح المدرات والمسهلات وتزايد الاستسقاء النقي يميل بالبدن
ويؤثر المريض بترك الفراش أو الجلوس لاجل انصراف الارتشاح وتحويله الى
الاطراف السفلى واذا توجب لها يمكن ذلك بالزيت أو شريطه وتنفيذ
الريشة او الابرة المطهرة بالهيب في النسيج الخلقى تحت الجلد لاجل سهولة
سيلان المصل ويعقب استفرغ المصل استراحة المريض وسهولة تنفسه
فيتمكن من النوم والاكل ويسهل البول والأدرار ويخف استسقاء الكبد وييسر
للمريض ترك الفراش بعد ان كان في درجة الهلالة

وتفضل الاستفرغات الدموية ضد الاحتقان الوريدي المتعب فاذا اشتد
الاحتقان الرئوي وكان عسر التنفس جلوسيا وابتدأ السيانوز وظهر النضج
في الأوردة الوداجية وخيف على المريض يميل يميل بعمل الفعبد الوريدي ويعقبه
عادة انتعاش المريض ثانيا وبعد ما يسهل مفعول المدرات والديجيتالا
واذا كان الخطر أقل من ذلك تكفى الحمامة أو ارسال الحلق واستخراج مقدار
كاف من الدم لاجل استراحة المريض

والارق الذي تشكى منه المريض جدا منه اعطاء المورفين بمقدار ١ الى ٢
سنته ونصف عند النوم واذا لم يقلبه المعدة يفعل حقنا تحت الجلد ولما
لم تسبح حالة الكلا باستماله يعطى روح لقمان او الايوسيامين او تولى الجارالدييد
والسيفوفال والكلورال آميد ولا يلزم استعمال الكلورال الا يدراق

وقد يشاهد ظهور آلام شديدة كالذبحة الصدرية لاسيما في آفات صمام
الأورطي المصنوعة باصابة قوس الأورطي قبل ظهور تمدد القلب والارتشاحات
فتسكن هذه الآلام بالنتر وجليسرين بمقدار نقطتين أو ثلاثة من المحلول
المائي أو نترت الاميل بمقدار نقطتين أو ثلاثة أو البيلادنا والمورفين
ويعطى برومور البوتاسيوم من جرامين الى اربعة لأجل تخفيف الألم وحصول
الأدراك

ومن النافع جدا في آفات الصمامات دوام استعمال المقصا على قسم القلب انما تكون
المقصا صغيرة ومستقرة لأجل انتظام فعل التحويل
وأما طريقة المعلم اوديل في معالجة عموم امراض القلب بالجبنار ومسود العوالي
فليزمن رفض اتباعها لأنها ليست مبنية على نتائج فسلوجية ولا أكليينكية
مقبولة وينشأ منها زيادة العوارض القلبية وتعب المريض غالباً
المجيش الرابع في آفات صمامات القلب على العموم ٢
(اولا في آفات الصمام المترال)

آفات المترال على نوعين الضيق وعدم الكفاية وقد تكون منفردة ولكنها تكون
في الغالب متحدة

(اولا ضيق فتحة المترال) الضيق الضرف نادر المحصول ومثا استطالت مدته
لا بد وان يتضاعف بعدم الكفاية لأن ضيق الفتحة يؤثر على كفاءة الصمام
ويغير وضعه واتجاهه فلا يمكن خلاق فتحة غلقا تاما ويشاهد الضيق
الصرف في الغالب بين سن ٥٠ و ٦٠ (ريروزيه)

وينشأ الضيق المترالي من الالتهاب المزمن الروماتيزمي الاسكليروزي
للعنشاء الباطن للقلب وقد يكون غير التهابي ويشاهد في الشيخوخة لاسيما
عند النساء وفي داء بيليت

وتكتسب فتحة المترال في الضيق (ما شكلا خطيا شبيها بعروة الزر أو تلتصق
شريخا الصمام ببعضهما تاركين في الوسط فتحة ضيقة وبدوام ضغط الدم
على

على الوجه العلوي وجذب الأوتار الصمامية المتبسة على الوجه السفلي
يكتسب الصمام شكل القمع

وتختلف درجة ضيق الصمام فبعد ان كانت فتحة تسع ابهام الكهل (قطرها
٢٠ ميليمتر) تصغر حتى قد لا تسع ريشة الأوز الابسر

ويعقب ضيق المترال نقصان في مقدار الدم الوارد الى البطين وامتلاء الأذين
اليسرى قصير الأذين ضخمة ابتداء وفيما بعد تتمدد فتزاحم الدورة الرئوية
ويتأثر البطين اليمنى ولا يحصل هذه النتيجة الا ببطء في مسافة عدة سنين
حالم يتضاعف الضيق بعدم الكفاية الذي يجعل سرعة سير المرض

ويصحب ضيق المترال نفخ يسمع في قمة القلب ويكون رياستوليا على ذلك البعض
ولكنه في العادة قبل سيستول اى يتبدد في زمن الراحة ويتحمل بلفظ
السيستول أو ينتفخ قبله ببرهة ويفسر ذلك بأنه من حيث ان النفخ ينشأ
من مرور الدم في فتحة المترال الضيقة وامتزاجه في البطين فاذا لم يتم فراغ
الأذين اليسرى من الموجة الدموية قبل ابتداء السيستول يتحمل النفخ طبعاً
باللفظ السيستولي واما اذا تفرغت الأذين من الدم قبل السيستول فينتهي النفخ
قبله أيضاً

ويتصرف نفخ ضيق المترال بكونه قوياً غالباً شبيهاً بحك المبرد تزداد قوته
بالتدرج وينتهي فجأة وقت السيستول ومن اوصافه انه مع خشونته
وقوته لا يمتد بعيداً عن قمة القلب ويعصبه غالباً صوت الارتعاش الهرى
الذى سبق توضحه وقد يعصبه نفخ خفيف في اللفظ الثانى أو زيادة في
قوة اللفظ المذكور تسمع في محلها في هذا قاعدة القلب

ومما اذن من ضيق المترال يتسبب عنه ازدياد الالفاظ بسبب تنوع
نسبة القلبيين فتزداد الأذينات والبطينات مصابة بضخامة أو تعدد مختلفين
وتجدد البطين اليسرى والأورطى غير متساويين بالدم حالة كونه البطين
اليمنى والشريان الرئوى متوترين بالدم فقد ينشأ من ذلك عدم توافق

انقباض البطيئات أو عدم توافق انقباض الصمامات الشريانية والغالب ولذلك
 يحصل ازدواج اللفظ الثاني بكثرة ولا يصحبه ازدواج اللفظ الأول إلا في بعض
 الأحوال

ووجود النغ بالاول وصف للذكورة يكفي لتشخيص ضيق المترال وقد يغيب في بعض
 الاحيان بالكلية مدة أو يصير بسيطا خفيفا جدا لا يكاد يحس به وفي
 هذه الحالة وجود صوت اهتزاز قراءة القط وازدواج اللفظ الثاني وزيادة

قوته تدل بوجه التقريب على وجود الضيق
 ولا يلتبس نغ ضيق المترال بالنغ المتعلق بعدم كفاية صمام الأورط الذي يسمع
 أحيانا في القمة لأن النغ الأخير يتميز بكونه بسيطا كنغ المنقاع عديم الخشونة
 أو موسيقيا ويصحبه تمدد في البطيئ السريع وتنوع مخصوص في النغ يمكن
 تعيينه برسامة النغ بالدقة كما سنذكره في محله

وإذا قلنا عاف ضيق المترال بعدم كفاية الصمام كما هو الغالب نجد أن نغ
 الضيق عوض انقباضه بلغط السيستول يتصل بنغ سيستولي يمكن التباسه
 بنغ عدم الكفاية المستطيل ويحتاج إلى زيادة الدقة للفرق بينهما ويتوصل
 إلى ذلك بتعيين نسبتها مع ضربات القلب فيبتدأ بتعيين محل ضربات القلب
 إما بالأصبع أو بوضع السماع مجنعة على قمة القلب بحيث لا يسمع الاخرياته
 دون النغ ثم يضغط على السماع بالأذن لأجل سماع النغ وتميز جزئه الذي
 يسبق الضربات عن الجزء الذي يعقبها ولا يصح استعمال النغ بدل ضربات
 القلب للمقابلة لأن النغ قابل للتأخير عن الضربات

وحيث أن ضيق المترال تعقبه ضخامة البطيئ المف فإن قمة القلب توجد
 حينئذ متحولة ومنخفضة في المسافة الخامسة أو السادسة من الأضلاع
 واسم حلة الثدي أو بقرب القص أو في القسم الشراسقي

وأما النغ فلا تتغير نظامه في ضيق المترال البسيط ولكنه يصير رفيعا
 ضعيفا سريعا ومتى قلنا عاف الضيق بعدم الكفاية يصير النغ غير منتظم
 متقطعا

مقطعا وتما بلا للضغط وتشاهد هذه الاوصاف بالدقة برصامة النضج
غيره في الضيق البسيط ان الخط العبا عد صغير منحرف قليلا وبقته كاله وتكون
المرونة الشرايين مفقودة واما تخرج الرجوع فهو محفوظ وأما في الضيق
المصحوب بعلام الكفائية فينضم الى ما ذكر او يضاف رسم هذه الآفة الواضحة بعد
ويعصب ضيق المترال عسر التنفس والحققان ونقص دموى ولا تتسبب عنه
اوزيما ولا انسكابات معوية مالم يتضاعف بعلام الكفائية
(ثانيا عدم كفائية المترال) وهو الاكثر حصولا من جميع آفات العمامات ولا يتعلق
دائما بأفة عضوية لأنه ربما يكون وتلفيا حرا فاما من النادر مشاهدته منفردا
ويكون في الغالب مصحوبا بضيق المترال

وعدم الكفائية الوظيفي نشأ من كبر الفتحة بالنسبة للعلم فلا يكفي لغلظها ويفسر
حصول ذلك بالاستعداد التشرى بالمخصوص بالفتحة الاذينية البطينية
فان هذه الفتحة ليست مزينة بحلقة ليفية كفتحة العمامات المصغرة
هلاكية بل هي تتكون من الياف العضلة البطينية وتضيق مع الاستواء في
يسهل غلقها بالعلم فاذا لم تقبض دائرة الفتحة مع الاستواء لا يكفي المترال
لغلظها خلقا تاما ويتعم عدم الكفائية زيادة اذا أصيب البطين اليسرى
بالتمدد ويعصب عدم الكفائية هنا فتخ بسيط في القيمة لا يمتد الى الزاوية
اللوح اليسرى ولا تحت الابط ويشاهد عدم الكفائية المذكور في داورايت
وفي الكوريا وفي الانيميا ويعصبه في الانيميا تنق في القاعدة ايضا وقد يمكن
تفسير حصوله في هذه الأمراض بتمدد البطين اليسرى أو ضعف اليافه
العضلية ولكن يصعب والتعبير

وأما عدم الكفائية المتعلق بأفة عضوية فانه يصيب الاطفال اكثر من
غيرهم ويعقب الالتهاب الحاد أو المزمن الروماتيزم للعشاء الباطن للمقلب
ويبدو تحت تكوين الزوائد الليفية في جافة العلم واحاقت تقابل شرحه
لقابلا محكا أو تحت انكسار العلم أو تحت على بعضه أو تنزق أو تشق بالانفكاك

أو قصرت أوتارها وتبست أو شقبت بالعمى الإلهامية
ويجب عدم كفاية المترال في سطح كنف المنقاع سيستول يسمع في القبة
ويمتد بطول الضلع لخاصة المترال الأبط وزاوية الموج اليساري ومن
الأمم الحافة القص والفتح هنا وإن كان متجه من البطين إلى الأذين إلا أن
الأذين يوصله للبطين والبطين يوصله إلى جدار الصدر بواسطة القبة لأن
جدار القلب العنبرية موصلة جيدا للأصوات أكثر من الدم السائل
ومع قضاة عدم كفاية المترال بضخامة القلب تفوق قبة المترال اليساري وشي الخلة
والمسفل في المسافة السادسة أو السابعة من الأضلاع وتكون امتلاء الشريان
الروثي تنسب عنه زيادة قوة اللفظ الثاني ويكون النبض في عدم كفاية
المترال متواتر غير متساوي وغير منظم جدا كما لا للضغط ومتقطعا تقطعا
واضحا بحيث تفقد منه نبضة أو ثنات أو ثلاثة ولا يكون رغباء ولا
منزوحا ويحصل عدم تساويه بسبب عدم تساوي قوة السيستول وقابلية
للضغط تنشأ من امتلاء الشريان بالدم امتلاء غير تام
وبالبحث عن النبض بالالة الرسامة يوجد أن خطه العاصد غير منظم جدا في
الارتفاع والطول وتوجد تموجات المرونة الشريانية مفقودة ولا يوجد
أثر لتموجات التقهر أو تنغص بعض النبضات بدون رسم لضغطها أو
فقدتها التام وباستماع ضربات القلب توجد غير مستوية وغير متساوية ومعلقة
وقد يحصل عدم انتظام الضربات إلى درجة تفوق الحد جدا كأن القلب في حالة
اتاكسيا ويمتد تقطع ضربات القلب طبعا تقطع النبض أي مفقودة السيستول
مرة يفقد النبض معه وهذا ما يعبر عنه بالتقطع الحقيقي أو التام وقد
يحصل السيستول بدرجة متعينة جدا فلا يمكن دفع الدم والشرايين فالو
يحس بالنبض فيها وهذا ما يعبر عنه بالتقطع الكاذب أو الغير التام أو
عثر القلب (بريو)

وأما عدم الكفاية المرفوق بعروق المترال فيتصف باجتماع العلامات الخاصة

بكل منها والعادة ان علامات علم الكفاية تغلظ على علامات الضيق
 وبعض علم الكفاية في المزال عس النفس الشديد والجلوس بدرجة أقل
 منها في آفة صمام الأورطي ويصعب الانبساط الشرايية فيه احتقان وريده
 ينشأ عنه زرقه الشفتين والحد والاذن وأما اليرقان والنفث
 الدموي فهما أقل حصولا هنا منهما في ضيق المزال أو آفة صمام الأورطي
 وأما الارتشاحات المصلية والاستسقاءها أكثر حصولا هنا
 ومتى استقر عدم الكفاية مدة طالت نشأ عنه اعراض الدورة الرئوية وقوت
 الشريان الرئوي واستلوه بالدم وضامة المطين اليمين وعدم كفاية
 الصمام الشرياني الرئوي فيما بعد ويعقب ذلك حصول النضج الوريدي
 الذي يحس به في الوداجين ابتداء ثم في الكبد عند انقباض الطين اليميني
 الذي لا يمكنه دفع الدم في الرئتين لتوترهما في دفع الدم جهة الأوجوفين
 دفعا فتهربا يتسبب عنه النضج الوداجي والكبد من ازدياد الدورة الوريدية
 في الأوجوف السفلي يحقن الكبد الاحتقان الجوزي الطنج ويصعب اليرقان
 وتحقق المعدة وتنسكب فيها نقط أبيضوزية ويحقق الطحال ويعبى
 متينا وتحقق الكلا فيتكثر البول ويعبى رمليا أو ذلاليا ويحصل الارتشاح
 المصلي في الحاد الحدة تحت الجلد وفي الجوانب المصلية

٢ ثانيا في آفات الصمام الأورطي

آفات الصمام الأورطي على نوعين الضيق وعدم الكفاية وهي تنشأ إما من
 التهاب الغشاء الباطن للقلب وتعقب الروماتيزم أو تنشأ من آفات الأورطي
 وهو الغالب كالتهاب الأورطي الصاعدة وانبرومها الذي يحصل عند الشيوخ
 والمدمنين على الخمر وانوريزماتها وعندها المغزل ويخوذ ذلك
 (أولا ضيق صمام الأورطي) ضيق فتحة الأورطي يعقب الروماتيزم غالبا عند
 الشباب ويصعب تنفس يستولى في القاعدة في المسافة الثانية بين
 الاضلاع اليميني وما فوقها وإلى الترقوة لحيانا ويتصف بقوة واهترازات

وخصيئته كالجلد ويمتد بطول الأورطي ويمكن سماعه في هذا الأورطي النازلة
في المسافة بين اللوحين وتعبه ضامة في القلب ولكن يستمر النبض صغيرا
بطيئا ولا تشاهد في رسمه موجات واضحة وأعراضه العامة خفيفة وربما
تستمر الحياة مدة ستيلة وقد يحصل الموت فجائي عقب الجهود والانتعاش
النفسية ونحوها

ومن النادر مشاهدة ضيق فتحة الأورطي وحده وهو اندر آفات القلب
الائس وفي المادة يوجد مر فوق أديم الكفائية

(فانيا عدم كفاية معام الأورطي) عدم كفاية المعام الأورطي إما أن يكون
متعلقا بالتهاب القلب وآفات المرءة التي سبق ذكرها وحينئذ يصحب الضيق
غالبًا وإما أن يتعلق بقدر الأورطي وانخفاضه وحينئذ يكون منفردا
عادة ويصح عدم الكفاية ضامة وتزداد في البطن اليسرى خصوصًا
إذا تفاقض الضيق فتحة المعام لأن الضيق يزداد الضامة وعدم الكفاية يزداد
التمدد وقد يحصل القلب حينئذ إلى حجم القلب البقي ويتسبب ضخامة القلب
في آفات المعام الأورطي تقبب قسم القلب واستداد أصميته وقوة ضرباته
التي تحبس بها منخفضة في المسافة السادسة أو السابعة بين الأضلاع

ويصف النبض في عدم الكفاية الأورطية بأنه وثاق هراب تحت الأصبع أي
أنه يضرب الأصبع بقوة فجائية ثم ينعرف أيضا فجأة بحيث ليسهل الضغط
على الشريان الذي يحبس به فأرغا بعد وتكون رقيقة هيئته بعيدا في رسامة
النبض فيوجد خط الصعود سريعا ما موديا ومستطيل بوقته حادة وتوجد
موجات المرونة الشريانية واضحة جدا وأما موجة التمهق فتكون
منقودة وتفسر ظواهر النبض هنا بقوى دفع الموجة الدموية في الشرايين
بسيطة القلب الفهم فتدفع الموجة الدموية جدران الشرايين المرنة ثم ترتبط
الشرايين بسرعة بسبب رجوع الدم التمهق من الأورطي للبطن اليسرى
حيث أن فتحة صمامها المفتوحة لا تسمح بذلك وتقع أوصاف النبض
المذكورة

المذكورة برفع ذراع المريض والبش عن نفسه فيمس بغيره البض المفقوة ويهرب
الدم ثانياً لاحتياج ان يرفع الذراع يساعد على سرعة نزول الدم بقله واجا لتسبب
من قوة دفع الموجة الدموية دفية البضيات والشرايين الكبيرة بالعين العادية
كالشريان السباتي أو للذراع حال مروره في ثنية المرفق وقد يصل البض إلى
الأوعية الشعرية ويمكن مشاهدة في الشبكية بالمقار العصى تحت الاظافر
ايضا فتمر مدة السيول وتبته في الدياستول ويمكن مشاهدة ذلك في اليد
أو الجبهة متحمار ذلك جلدها لاجل احمرار وانتفاخ الأوعية الشعرية

وبالتسمع يوجد نفخ ديستولي يغطي على القفط الثاني يصور عنه نفخ الرجوع لأنه
ينشأ من رجوع جزء من الدم من الأورطى والبطين اليسرى ولذلك يسمع خلف
القص إلى حد الزاوية الخنجرية أو قمة القلب ويكون قويا موسيقيا مستظيلا
ولا يكون خشنا نشرا إلا في النادجدا ويمكن سماعه في جدد الصديد في امتداد
عظيم وقد يسمع على بعد ويمتد أيضا إلى مسافة كبيرة والشرايين كالسباتي
والفخذي وباستماعها يحس تحت المسماع نفخ مزدوج النغ الأول هو النغ الشراية
الطبيعي الناشئة من مرور الدم المدفوع بالسيستول والنغ الثاني الأنف من الأول
هو نفخ الرجوع الناشئة من تقهقر الدم نحو البطين اليسرى مدة الدياستول
وإذا لم يحس بالنغ يلزم الضغط بحقنة بالمسماع على جدد الشريان لاجل صيق
قلبه والاستشعار بالنغ

ووجود نفخ الرجوع المذكور مع البض الوثاب الهرب يكون واضحا جدا متى
كان عدم الكفاية منفردا ويقل وضوحه إذا رافقه ضيق فتحة الصمام لأن
الموجة المدفوعة وموجة الرجوع لا يجدان الطريق سالكاً كما كان قبلاً
والأعراض العامة تكون قليلة الوضوح متى كانت آفة الصمام مكافئة ومعادلة
لضخامة القلب وتدلّه ولا يشاهد عند المصاب بعدم الكفاية المتكافئة
الأطوار الأنيما الشريانية بفقر احتقان وريدي لأن رجوع الدم للقفز
يجب ضعف التقدير وبهامة ثون المريض بدون ارتشاح ولا انسكابات

مصلية ولا استسقاء ولا إرقان ولا بول زلال وانما متزايد مفعول القلب
عن الحد يحدث احتقانات في الرأس وعنفا وعسرا في التفسر خصوصا وقت الحركة
وهذا ما ومنه يات في الصدر عجز ودوخا وطنينا في الأذنين ومخار تلح المريض
تتغير هذه الأمراض وتعود الصحة والشهية بدرجة مناسبة

وبعض المرضى يشك في الألم في القلب ويميل الى الانغماس وقد يكتب هيئة الذئبة
الصدرية وهذا يدل على مراقبة آفة الصمام بآفة في الأورطى والضعف القلبية
وفيما بعد اذا قلب القلب ومنعت قواه عقب الانيميا العامة وضعف العضم
والنفذية العامة انعقب تمدد القلب المفرط واتيروم الشرايين التاجية
واستحالتها التحيية تضطرب الدورة العامة وتحصل الاستقانات الوردية
والارتشاحات المصلية وأعراض الشلل يستولي اذ فقد

والهم التنبيه عليه هنا هو ان أغلب المرضى لا يصل الى درجة الكاتيكسيا
القلبية هنا بل يهلك غالبا بموت مفاجئ وينسب الموت هنا تبعا لبعضهم الى
عدم كفاية الدورة الشلجية (موريس) أو الى الذئبة الصدرية (بيتر)

ولأنوافق الديجيتال آفات الصمام الأورطى بل تستعمل الحارثي والمقدمات
أوراسال الملق والجليد على الصدر ويورد البوتاسيوم

(ثالثا في آفات الصمام الأورطى البطني الأيمن)

الاصابات الانتهائية لهذا الصمام تحصل غالباً مدة الحياة الجنينية وأما بعد
الولادة فيندر حصولها جدا ولذلك لا يشاهد منق هذا الصمام الا في
احوال استثنائية والعادة انه يشع ضيق المترا في الرئتين واصابة
النساء به أكثر والعلامة الدالة عليه هي حصول نفخ قبل سيستولي عليه وسط
القص بين عقر وفي الضلعين الرابعين ويمكن امتداده الى الزائدة الخنجرية
وأعراضه العامة أهمها السيانوز والاحتقانات المشوية والارتشاحات
المصلية والاستسقاء لا يشاهد فيه النفي الوريدي

وأما عدم كفاية الصمام الأورطى البطني الأيمن فانه ينشأ غالبا من اسباب
بخائيكية

مخاطبة كتمدد البطن الأيمن عقب احاطة الدورة الرئوية في الانقباض والرئوي والالتهاب الشعبي المزمن أو عقب إصابة صمام المترال أو عقب التهاب التامور أو تكليوز القلب أو عقب الحيات الثقيلة التي يعقبها نصف شلل القلب وقد يحصل عدم الكفاية وقتياً في هذا الصمام عقب الجرب أو صعود السلم بسرعه أو عقب الانفعالات النفسانية التي تسرع الدورة وتزيد الامتلاء الرئوي في الرئتين ويزول بعد الاستراحة ويتوقف عدم كفاية هذا الصمام بنفخ سيستولي يسمح في وسط القصر بقرب الزائدة الخضرية ويكون أقل حدة من النقص المترالي ولكن يصيب سماحه بسبب الأمراض الرئوية الشعبية التي تصعبه فإن خللها تقطع عليه وتبرقه وأعراضه مجلسها الدورة الوريدية خصوصاً لأن هذا الصمام يعتبر كصمام أمن للدورة المذكورة وأنها البنف الرئوي الذي يحصل في الوداجين والكبد والبنف الوداجي القلب يغير عن النفسى بأن النفسى يحصل مدة الشيق ويمكن إيقافه بإيقاف النفسى برهة وأما البنف القلبى فإنه يوافق السيستول وقد يكون البنف الوداجى مزدوجاً والنبضة الأولى توافق السيستول والنبضة الثانية توافق انقباض الأذين اليمنى وأما البنف الكبدى فيحس به بضغط الجدار البطنية في هذا الاضلاع الكبيرة اليمنى ووجود هذه الأعراض يعين بالخط لأنها تسبق الشلل السيستولى

نقليل (ريفي)

(رابعاً في آفات الصمام الشرياني الرئوي)

ضيق هذا الصمام إما أن يكون ميلاوياً ويعقبه عادة انقباض البطنين ببعضهما وإما أن يحصل في سنا الشبوية والكهولمية ولكنه نادراً أسبابه الروماتيزم والالتهابات المزمنة للشريان الرئوي والغشاء الباطن للقلب ويعقبه ضخامة في القلب الأيمن وعاقة في الدورة الرئوية فيفسر النفس ويتسبب عنه عادة الشلل الرئوي الحاد والجذب ويتوقف ضيق هذا الصمام بنفخ سيستول يسمح في المسافة الثانية بين الاضلاع اليسرى وقد يمتد

وأما عدم كفاية الصمام الشرياني الرئوي فهو الأندرجصولا من آفات صمامات القلب الأيمن وتكون عادة ميلاوية أو تحصل فيما بعد عقب التهاب الحاد والمزمن للعشاء الباطن للقلب ويتصف بنخ رياستولي يسمع في المسافة الثانية بين الأضلاع اليسرى ويمتد بطول القص من أعلا إلى أسفل (الجثث الخامس في الماء الأزرق أو السيفوزي)

هذا المرض ينشأ من اختلاط الدم الوريدي والشرياني بسبب تشوش ميلاوي فالقلب ويتصف بتلون الجلد والأغشية المخاطية بلون سيفوزي يصعب عصر في التنفس وفوب اختناق ويطوق والحركة والمقولية والأحاس بالبرودة الفائقة الحد

(التشريح المرضي) ينشأ التشوش لما من وقوف النمو الخلق أو من التهاب العشاء الباطن للقلب الحيين أو الشريان الرئوي

أما وقوف النمو فيعقبه إما قلب منفرد متكون من اذنين وبطين فقط والصواب بهذا التشوش قد لا يعيش بعد الولادة بل يموت حال الوتبع أو بعد بعض أيام ولما ان يكون ذلك القلب متكونا من اذنين وبطين واحد وربما يعيش الطفل بعض اسابيع وإما ان تكون التجاويف الاربعة للقلب موجودة والاذنين والبطين متصلا ببعضها وربما يعيش الطفل بعض اشهر وإما ان تكون البطينات تامة التكوين والاذينات متصلة ببعضها بنخج بؤالك والشروط الرئوي متصلا بالأورطي بالقناة الشريانية أو يكون ثقب بؤالك وحده مفتوحا وفي هذه الحالة ربما يعيش الطفل الى ان يصل الى سن السبعوية أو الكهولية وقد عاش البعض الى سن الخمسين ويصحب هذه الآفات مادة ضيق في الشريان الرئوي أو انسداد فنته البطينية وفي هذه الحالة يستموز بالقناة الشريانية التي توصل الدم الى الرئة

وأما التهاب العشاء الباطن للقلب والشريان الرئوي فهو كثير الحصول فالحياة

في الحياة الطبيعية ويمكن ان ينسب اليه اتصال البطينات ببعضها واستقرار
ثقب جوفال والقناة الشريانية ويفسر ذلك بأنه يعقب الالتهاب ضيق
وانسداد فتحة الشريان الرئوي فيستمر اندفاع الموجة الدموية من القلب
اليمن في فتحة الحاجب الحاجز بينه وبين القلب الأيسر فيستأخر انسداد
ويخرج الدم ايضا من الاذين اليميني الى اليسرى ومنها الى القلب الأيسر ثم
الى الأورطى ومن الأورطى والقناة الشريانية حتى يصل الى الرئتين وتسمى
هذه الدورة المحيية ومسالكها الغير الطبيعية الوقت الولادة

(الأعراض) يعقب امتزاج الدم الشرياني بالوريدي تلون الجلد والأغشية
الخاطية بلون غريق ظاهر خصوصا في الشفتين والأنف والحد والاذن
وأطراف الأصابع واللسان والبلعوم ويتناقص لون مدة النوم والاستراحة
ويتزايد مدة صراخ الطفل أو فعل المجهودات وتكتسب أطراف الأصابع غلظا
وأصفا في المسامية الظفرية ويصير الظفر مرصفا غنيا وخضيا كالكلاب
وأما التنفس فإنه يكون متصرا قصيرا والصوت رفيعا ضعيفا متقطعا ولا
يمكن الرضا الاستغالة ولا الشغل لأن أقل مجهود يجرك للطفقان ويزيد
م صعوبة التنفس ويوجب الإغما ولا يتحمل الجسم البرودة ويميل المريض الى
بالتنفس والتنبلة والسكون كالحيوانات ذوات الدم البارد ويفسر ذلك
بقلة مقدار الأوكسجين المحيون للدم والأنسجة

(الانذار) مدة حياة المصابين بالداء الانزقي تختلف باختلاف نوع الآفة
ونوع المضاعفات ويهلك المريض بالأسفغسيا أو الإغما أو الدرن
أو بالاصابات الشعبية أو الرئوية التي تقاوم مرضه في أغلب الأحوال
ويموت المريض في سن الطفولية غالبا أو عقب الولادة فوراً وقد يصل
الى سن الشبابية أو الكهولة وهواناد

(التشخيص) بالبحث عن القلب بصعب وجود علامات خاصة واضحة
فيكون البطين اليمين مقدارا أهمية القلب مدسعة وخمس فيه بنفخ

واهتماز قراءة الهر ويكون النفع يستوليا ومجلسه قلة القلب أو خلف
 القصى أو في هذا الفقرة الرابعة الظهيرة ولكن لا ثبات لهذه العلامات
 وبمراجعة الامراض العامة ومن المريض يمكن تقرير التشخيص على وجه العموم
 (الحالمة) متى كان الطفل مصابا بالداء الازرق يلزم تدقيقه وتدوينه بالملاحظة
 الصوف وعدم تعريضه للتغيرات الجوية وتدارك صراخه بقدر الامكان
 وعدم التعرض له بالماء كبقا الاطفال والاعتناء بالتغذية واذا حصلت له
 قوب تشنج يمكن تركيب بعض الملق على مديغيه بدون افراط في الدم وأما
 الخفقان وعسر التنفس والنوازل الشعبية واضطراب الهضم وما اشبه
 ذلك من العوارض التي تعيب الطفل فيلزم معالجتها وقتيا بما يوافقها من
 العلاجات الطبيعية

(المبحث السادس في امراض الطبقة العضلية للقلب)

تتضمن هذه الامراض الالتهاب والفضاضة وتعد القلب وعواقب الآفات
 المذكورة

(المسألة الأولى في التهاب الطبقة العضلية للقلب)

هذا الالتهاب قسمه (ويرشو) الى قسمين التهاب المنسوج العضلي المسمى
 يشمل الاستحالة الشحمية ويسمى بالالتهاب الحاد والتهاب المنسوج المملوع
 عن الالياف العضلية الذي يشمل الاستحالة الليغية أعيا الاستحالة المزمنة
 بالالتهاب المزمن ويدخل تحته امور يرمزها القلب

(الأول الالتهاب الحاد أو الاستحالة الشحمية للقلب)

(الاسباب) الالتهاب الذي نادرا جدا وينشأ عن البرد والجروح وكما الالتهاب
 التاجي فيشاهد في الروماتيزم مصاحبا في الغالب لالتهاب أغشية القلب
 وفي الامراض العفنة كالحى التيفودية والجدري والحصبة والدفتريا والحمى
 وحمى النفاس والتسم المعن

وتنشأ الاستحالة الشحمية في الغالب من الانيميا وبعض السموم والمراد
 بالانيميا

بالاينفيا هنا الاينفيا المتقدمة لطبيته والورسجيا والكاشيكسيات السرطانية
والدرينية ونحوها والسموم كالفسفور والزرنيخ والزرنيق والرصاص وقصب
الالتهاب الحاد للقلب أيضا

(الشرخ المرضي) يعقب الالتهاب تزايد حجم القلب وبهاتته واستحشاء جداره
وبالشق يوجد نسيجه مصغرا باهنا شبيها بلون ورق الشجر الذيلان ويغرق
بسهولة وهذا ما يفسر حصول تمزقات القلب مدة الحياة والانزف النسيجية
وبالصح الميكسكوبي توجد الألياف العضلية متفرقة عن بعضها فاقدة لتغطيتها
والسادكوليم محتويا على تحميات شحمية وتوجد في الأوعية الشعرية آثار
الالتهابات البطانة والظاهرة الوعائية

وقد يترتب الالتهاب بالتقيح متى كان مستقلا بالامتصاص الصديدي وربما توجد
الحراجات الصغرى الحجم وتنفتح في التامور أو في تجويف القلب أو ينحدر
الصديد ويسقط في الحالة البنية وهذه الحراجات تقدم من أسباب
أخريين ما للقلب

وقد نشاهد الاستحالة الشحمية للألياف العضلية غير متعلقة بالالتهاب في
الاينفيا لطبيته والكاشيكسيات المتقدمة وبعض السمات ويحفظ القلب
معها حجمه الطبيعي أو يزداد عنه قليلا

ويكون الفرق بين الاستحالة الشحمية وسم القلب الذي يتعلق بالسمنة العامة
ويتميز سم القلب الطبيعي بوجود طبقة دهنية تحت التامور خصوصاً في
قاعدة العطينات عند الاشتجاص المتقدمين في السن ولا تذهب عن ذلك
إعاقة وظائف القلب ولكن متى زادت السمنة يتنازل الدهن بين الألياف العضلية
وربما ويصل إلى الغشاء الباطن للقلب خصوصاً في جدار ثمة القلب وفي هذه
الحالة يتسبب عنه رقة جدار القلب وإعاقة قدرته وضعف الألياف
العضلية التحمل تزل حافظه لتغطيتها ويزداد ضعف القلب كلما زادت
السمنة وربما تسبب عن ذلك الموت المفاجئ

(الاعراض) التهاب يبدأ عادة بطريقة غير محسوسة بدون ألم وبدون حمى ويلزم الطبيب البحث عنه واستكشافه عند حصول الشبهة في وجوده مدة سير الأمراض التي تتضاعف به وضعف ضربات القلب والنفس وعدم انتظامها هي العلامات الابتدائية لالتهاب القلب ثم يضم إليها ضعف القفط الأول أو فقدته واستقرار اللغظ الثاني في حالة ضعف كأنه بعيد خلف حجاب سميكة وأحياناً يتبدل اللغظ بنوع وفرة خفيفة أو يحبس في القفط بنوع خفيف جداً ليس له ثبات

وتتصف الاستقالة الشخمية بهذه العلامات أيضاً وقد يصل فيها ضعف ضربات القلب والنفس إلى درجة متقدمة حيث يتعذر الإحساس بها باليد وتزيد الشبهة في وجود الاستقالة الشخمية عند الشغف إذا كانت سنة فوق الحسنة وكان خيل الجسم باهت اللون رقيق الجلد أبيضاً وابتهاج متفرق وضربات قلبه ضعيفة وغير مصحوبة بعلامات آفات الصمام (المعالجة) يستعمل درود البوتاسيوم والمقويات كالكينا وضد الشلل السيستول وفقدان نظير الأدوية القلبية

(الثالث التهاب المرز والاسكليتور للقلب)

اسكليتور القلب أما أن يكون جزئياً محدوداً أو عاماً منتشراً (الأسباب) الاسكليتور ينشأ عادة من التهاب المرز المنتسج الخلق بين الألياف العضلية للقلب سواء كان هذا الالتهاب ذاتياً أو تابعاً للإرمايزم والتقرص والديابتوزات والزهر وداء برات والتسمم الإجماعي والتسمم بالكمول والبرامس والدخان وينسب حصوله في هذه الأمراض العامة للالتهاب الاتيروم الاسكليتور من الأوعية القلب ويشاهد الاسكليتور في الجوف غالباً حول الآفات الموضعية للقلب كالأجسام الغريبة والأكسكياس الديدانية والأورام الصغوية النجمية والسدود أو في الطبقة العضلية المجاورة لالتهاب أعضاء القلب الظاهرة والباطنة

(الشرح)

(التشريح المرضي) يزيد حجم القلب في الابتداء ثم يصغر في الاسكليروز ويصير لونه مسعرا وقوامه مريسا ويحس في شقته بمقاومة وازيز ويكون سطح الشق في النقط الأكثر إصابة مبهضا سخيا وتتشاهد الصفائح الاسكليرية بزيادة بالاكتر في القلب الايسر وحاجز البطينات وحقبة القلب وظهره ورأسه في القلب الايمن نادرا جدا والعادة انه يمتد اليه من القلب الايسر

وقد تكون النقط الاسكليرية في وسط الطبقة العضلية او تكون واحدة لاعشية القلب ويصعبها حينئذ التهاب محدود في الغشاء والتقياد في وريقته التامور في عذائها وقد يمتد الاسكليروز من القلب الى اعمدة الصمامات الحمية فتتيسر وتتكسر

وبالحث المكروسكوبي يوحى التشريح الخلوي متكاثرا وفيه الياف مرنة قابلة للاستكاش ويوجد الاسكليروز في الغالب محصورا بالالتهاب الظاهر والباطن للوعية الشعرية مع ضيق قطرها او انسدادها التام وأما الالياف العضلية فانها تحسق وتجزأ أو تتلاشى في النقط الاسكليرية وينمو حجمها في النقط السليمة ولكنها تنتهي بالاستحالة الحبيبية أو الشحمية أو النشوية ويتسبب عن هذه الاستحالات ضعف جد و القلب ورقتها وتكون الانوريزما خصوصا في الحال المتضررة لضغط الموجة الدموية أكثر من غيرها كقمة القلب وجدر البطين اليسرى

(الأعراض) اسكليروز القلب يبتدئ بطي بدون اعراض واضحة ولاعلامات واضحة وبعض المرضى يشكو بحقنات وضيق في الصدر وعسر في التنفس أو بسبب احتناق والبعض يشكو بالآلام في قسم القلب قد تعجل المداخلة الذبجة الصدفية ومع وجود الاسكليروز لا تزال ضربات القلب قوية مدة مستطيلة ولكنها تتحول للأسفل وحشما الحمة الشديدة زيادة عن المعتاد بسبب ضخامة القلب أو بروز الانوريزما القمي ويضعف المقطع الأول رقيقه اللسان الثاني وقد يسمع نفخ سيستولي في القمة ليس له ثبات ويكون

النفس طيناً متمسكاً قوياً في الابتداء ثم متى تقدم الاسكليروز يضعف النفس ويقبل
انتظامه ويزيد عسر التنفس واضطراب الدورة ويدخل المرض في دور الشلل
السيئ الذي أوفقه الذي يتضاعف باسكليروز الاعضاء الأخرى كالكلاب والكبد
مثلاً

وقد يحصل الموت فجائياً في الاسكليروز اما عقب وقوف ضربات القلب أو عقب
تورل الانوريزما القلبية أو عقب تمزق القلب

اما انوريزما القلب فانه من ضغط الموجة الدموية على النقط الاسكليرية فيخرج
تريكون تجويف في سمك جدار القلب يصير عنه بالانوريزما وقد تنكسب
الانوريزما حجم للحمية او البندقة ويرز على سطح القلب ويجلسه غالباً
جدار القلب الأيسر وقة القلب وربما يكبر حجمه في قبة القلب بحيث يصل الى
حجم البيضة ويصير القلب كأنه مهدرج ولذلك يسمى بالقلب للزروج ولا ينفذ
الدم في تجويف الانوريزما عادة ومتى انفجر الانوريزما خارج القلب ربما يعقبه
الموت الفجائي

وأما تمزق القلب فيشاهد في الاسكليروز كما في الاستحالة الشحمية للقلب
خصوصاً عند المتقدمين في السن فاذا انفجر التمزق على جزء من جدار القلب
يبدون ان ينقب يمكن شفاؤه أو حيول تمدد انوريزما وي بعده وأما اذا
انفجر القلب فيحصل ترهيف وموت فجائي

(المعالجة) يعالج الاسكليروز في الابتداء بيودور وبرومور البوتاسيوم وقد
حصلت اعراض الفقد السيئ قتل المنهات والأدوية القلبية كالكايفين
والديجيتالا والاستر وفانتوس واذا كان السبب زهرياً تفعل المعالجة
الزهرية القوية

(رابعاً في ضخامة القلب وتمسده)

القلب كباقي العضلات يكبر حجمه متى كثرت استعماله كعضلات الاطراف
السفلى مثلاً تصير ضخمة عند الساعى والسائس وعضلات الاطراف العليا
عند

عند الحداد كذلك يكبر القلب ويتحجم مع كثرة ضرباته ولكن القلب ضئيلة محوطة
مع كثرة الضغط على تجويفه يتدد ويكبر كالمثانة مثلاً فإنها تضيق بالضمادة
والقدود مع تصغر البول بسبب وجود عائق في فتحها المجرية فيوجب زيادة
انقباضها لأجل تفرغها

(الاسباب) ضخامة القلب إما ذاتية وإما تأتية بسبب ميخانيكي أو حالة
مرضية

أما الضخامة الذاتية فاسبابها الخفقان المصعب وسن البلوغ والنبيات
على العموم وتضعف بأنما تم القلب بتمامه بدرجة مستوية
أما الخفقان فإنه إما أن يكون بسيطاً أو متعلقاً بالنفوس الجوفى وأما
البلوغ فإنه يعجب نمو الأعضاء جميعها فإذا زاد نمو القلب عن الحد يعبر عنه
بضخامة القلب البلوغية أو ضخامة النخى وأما النبيات فإنها تؤثر على
القلب مع حصول الإفراط منها كالمشروبات الروحية والقهوة والشاي
والدخان وبعض الجهودات المستمرة كالجرى والمشي الشاق وصعود الجبال
ولذلك تشاهد ضخامة القلب عند السائس والقشحي وعند المسافر
مع استطالات عليهم مشاق التلقيم والمناورات لكن الجهودات وحدها
لا تكفى لحصول ضخامة القلب بل يلزم أيضاً أن تكون البنية قوية لأن
الجهودات عند ضعف البنية توجب بالانعكاس القلب والفشل خصوصاً
مع ما كان الخفقان انبساطاً ولذلك لا يعقب الخفقان عند الانها ويصير
ضخامة في القلب ولا الحركة على العموم نمواً في العضلات

وأما الضخامة التآتية بسبب ميخانيكي فاسبابها آفات الصمامات والأوعية
الدموية وبعض الأمراض

أما آفات الصمامات فإنها توجب ضخامة القلب وتمدده فإذا كان بالصمام
صيق تحصل ضخامة في التجويف السابق له لأجل طرد الدم من الفتحة الضيقة
فضيق المترال مثلاً فيوجب ضخامة الأذين اليسرى وضيق فتحة الأورطى

يوجب ضخامة البطين اليسرى، وأما إذا كان بالصمام عدم كفاية فإنه يوجب
الضخامة والتقدم في التجويف السابق له فعدم كفاية الصمام الأولي مثلاً
يوجب ضخامة وتقدم البطين اليسرى وعدم كفاية فتحة الشريان الرئوي
يوجب ضخامة وتقدم البطين اليميني وأما إذا تقدم الضيق وعدم الكفاية في
الصمام فإنه يعقبه زيادة ضخامة وتقدم التجويف السابق له وأما به القلب
في هذه الحالة تشبه احماية المدقة بالضخامة والتقدم حتى يحصل ضيق في
البواب

وأما آفات الاوعية الدموية فجلسها إما الشرايين أو الاوعية الشعرية
ففي الشرايين تشاهد انوريزما الأورطي والشرايين التليظة والتهاب الأورطي
الحاد والمزمن والتهاب الشرايين الباطني والاثريوي العام ويعقب هذه
الآفات ضخامة في القلب بسبب انه يعقبها فقد مروية الانابيب الشريانية
فتريد مقاومتها ويزيد ثقل الدم فيها ويحتاج القلب الى مجهود أقوى لرفع الموجة
الدموية فيها وهذا ما يوجب ضخامة البطين اليسرى وان كان هذا التفسير
غير كاف في الانوريزما الشريانية الا انه لا يعلم احسن منه الآن وأما
آفات الاوعية الشعرية فأنها متى كان مجلسها القورع الصغيرة يعقبها ضخامة
البطين اليميني وكل سبب يوجب اعاقة الدورة الرئوية أو ضيق الشرايين
الرئوية سواء كانت ميلاية أو بعد الولادة فإنه يحدث ضخامة البطين اليميني
وأما الحالات المزمنة التي تحدث ضخامة القلب فهي الامراض المزمنة للرئتين
كالربو والانفريزما والتولة الشعبية والالتهاب البلوري والمزمن وتشمع
الاصلاخ والفقرات وداء برات والحمل

ومن المشاهدات الاوقات في شرب الدخان وفي الاكل مع الميشة الجاوسية
يوجب امتلاء مجويع الوريد الباب وبواسطته يحصل ضخامة في القلب
وتقدم القلب فيحجم ضخامته دائماً حتى تناقض مقاومة جداره بالنسبة لسبب
الضاغط على تجويفه ولذلك يحصل التقدم في البطين اليميني أكثر من اليسرى لرقعة
جدار

جدار الأولى عن الثانية وجميع الأسباب التي تضعف مقاومة جدار القلب تساعد على تمدده كالانقباض المزمن للطبقة العضلية واستحالة الامتصاصية الشحمية ومنه أصيب القلب بالضمامة وأحد تجاوبه فإن التجاوب أيضا الأنفي تنهض بالاشتراك معه في الضممة إذا عاش المريض المدة الكافية لذلك فإذا كان مجلس الضممة البطيئ اليسر مثلا عقب آفة الصلح الأورطي أو المزال تمدد الضممة إلى الأذين اليسر ثم تحصل عاقبة في الدورة الرئوية فتوجب ضخامة البطيئ اليسر ثم تمدد الضممة إلى الأذين اليمين أيضا ولكن من ابتدأت الضممة بالبطيئ اليمين فأما لا اتصل إلى البطيئ اليسر بسهولة وتحتاج لمدة أطول لأجل احسابة القلب بتمامه

(التشرح المرض) في الضممة العامة المعروف بزيادة حجم القلب ووزنه معاً فبعد أن كان وزن ٢٠٠ جم في الحالة الطبيعية ربما يصل إلى ٣٠٠ أو ٤٠٠ جم ويصل سمك جدار البطيئ اليسر إلى ٣.٠ أو ٤.٠ سم ثم بعد أن كان ٢.٠ أو ٣.٠ سم وصل سمك جدار البطيئ اليمين إلى ١.٠ أو ٢.٠ سم بعد أن كان ٠.٣٠٠ مليمتر في الحالة الطبيعية

وكان القدماء يعتبرون تمدد القلب كحالة افوريزمية (كوروزنار) ويعتبرون الضممة مركبة من مصوبة خفيف تجاوب القلب وواشيماء مصوبة بقدها والمحقق الآن أن الضممة في القلب يصحبها عادة تمدد بدرجة مختلفة ولا يعتبر تمدد القلب وحده حالة افوريزمية واحتلفت الآراء في تفسير ضخامة القلب فالعربي يزعم أنها تنشأ من تولد الألياف عضلية جديدة (دندفلايش) ويتفق الأغلب على أنها متعلقة بنمو الألياف العضلية الطبيعية وزيادة حجمها فبعد أن كان قطر البغلة العضلية ٠.٧ من مليمتر ربما يصل إلى ٢.٠ (شروتير) أو ٣.٠ من مليمتر (فريدرايش)

ويختلف شكل القلب قليلا في الضممة البسيطة العامة ويتنوع جدار الضممة المزمنة فإذا كان البطيئ اليسر ضخمة وحدها يزيد القلب في

الطول ويصير بيضاء الشكل ولتجاهه تقريبا افق ويبرز للجلاب بيت
الطينات في البطن اليمن وتقول الحلمات اللحية جدا وأما اذا كانت البطن
اليمن هراغضة وحدها فان القلب يكبر في المرض ويصير شكله مستديرا
ومن انمت الفخامة فصب بالالاف المضطربة بالاسكليرون أو الاستحالة
الشحية في نقط منتشرة أو بجوار الأوعية الشعرية

(الأعراض) يشتكى المريض بتعب وانقباض في قسم القلب وخفقان
وعسر تنفس يشد وقت الحركة والمجهود والانفعالات النفسية واذا
كانت الفخامة بسيطة تندفع الموجة الدموية بقوة فتحدث ضربات وتمدد
في الجميع الشرايين حيث تنقد الشرايين وتستطيل مدة السيستول وربما
اعقبها احتقانات تواردية في الرأس تصف باحتقان الوجه والاحساس
فيه بهبو الحرارة وذغلة العينين وطين الأذنين وصداخ بنفي ودوخان
أو رعاف ولا يمكن المريض الميل برأسه على الوسادة والاضطجاع من
أفراط ضربات القلب وشدها ويصير النض ممثلا داما مقاومة لا يقبل
المضغظ وتشاهد هذه الاعراض في الفخامة البرائية ايضا

وكن من حيث ان فخامة القلب تتضاعف عادة بتقدمه بدرجة مختلفة واستحالة
الاسكليرون وزيه والشحية فتنتج الأعراض كثيرا بالنسبة لدرجة هذه
المضاعفات فتصير قوة ضربات القلب غير منتظمة وتضطرب زيادة
عقب الجهودات ويصعب عسر في التنفس وسرعة في النبض وعدم استقامه
ومنه زاد عسر التنفس يلزم المريض بالجلوس أو الخناء الرأس الى الأمام
ولا يمكنه الرقاد ولا الاضطجاع لأن مضغظ الاحشاء البطنية على الحجاب
الحاجن مدة الرقاد يزعم التنفس وضربات القلب وأما في الجلوس فيكون
الحجاب الحاجز فيه غير مضغظ وحركاته خالصة غير مزدحجة ومنه تقدمت
المضاعفات فتضطرب الدورة ويدخل المريض في الدور المرضي المعروف بوقوف
السيستول أو استحاله

وأما العلامات الطبيعية للعضامة القلب فتتصف بضمامة البطن اليسرى
بانخفاض القيمة بحيث تشاهد ضرباتها باليمين واليسرى وحشى حلة الصدر
في المسافة الخامسة والسادسة والسابعة بين الاضلاع وأما العضامة
في البطن اليمين فأنه مع انخفاض القيمة قليلا أو كثيرا يحس بضرباتها خلف
القص أو في قسم للمدة وقد يكون قسم القلب محذبا في نسبة درجة الضامة
وقرب القلب من جدر الصدر أو بعده عنه جلولة الانشاء المجاورة وتكون
قوى الضربات دافعة جدا في العضامة الكبيرة بحيث يمكنها ان تدفع طرف
المسمع ورأس الطبيب مدة السيتول وقد تدفع أمامها الفم للخاص
والسادس ويحصل الخساف مناسب لهذا الدفع في نقط أخرى من الصدر
وأما اذا كانت جدر القلب ممتدة جدا فانه يحس بضرباته قصير وخفة
أو اهتزازية يعقبها هبوط القلب وتباعده عن جدر الصدر بسرعة ولا
تكون الضربات متشابهة ببعضها في القوة فقد تكون اقوى أو اصعب
غير منتظمة

وبالترجي توجد الأهمية زائدة فتكون اطول في ضامة البطن اليسرى
وتكون أعرض في ضامة البطن اليمين ولكن حيث ان الأهمية تتعلق
باتساع سطح القلب الملاصق لجدر الصدر وان وجود الرئة أمام القلب
يقوع شكل الأهمية فلا يصير تنوع الأهمية علامة خاصة بالقلب وحده
بل يتعلق ايضا بحالة الرئة اليسرى فاذا أصيبت الرئة بالانقباض مثلا
فانها تمتد أمام القلب فيقل اتساع أهمية القلب ولو كان القلب مضغما
ولذلك يختلف اتساع الأهمية ايضا مدة الشيق والزفير القويين
ومن جهة أخرى لو أصيبت الرئة في فورها المقام بالهبوط أو انخفضت
جدر الصدر في هذا قسم القلب تنسج أهمية القلب ولو كان محجما
طبيعيا

ولأجل تحديد الأهمية التامة بالدقة ترسم حدودها بالقلم وهي في

الحالة الطبيعية على شكل مثلث تمتد الى اعلا في حذاء الحافة العليا للغضروف
الضلع الرابع جوار حافة القص يمتد منها خطان للخط الأول الانسي يتبع
حافة القص اليسرى لأن نفس القص يسمى رنانا ولو كان البطن الايمن يمر
خلفه ويمكن منح الرنانية المغلية نفوا اذا كان أحدا المساعدين يعضط على
المز الحلو من القص بيده أو يعضط على الغضاريف الضلعية من الجهتين
(جوتا) وفي هذه الحالة ربما توجد اصحية البطن الايمن خلفه والخط
الثاني الوحشي يترد من قمة المثلث بانحراف الى الخارج نحو حمة الشدح
وانسبها حتى يصل الى النقطة التي يحس فيها ضربات قمة القلب وحيث أنه
يحس بنصف اصحية بعيدا عن هذا الخط فيمكن رسم خط ثان وحشي يمتد
بعيدا عنه بنحو نصف قيراط يبتدى من الحافة العليا للغضروف الضلع
الثالث وينتهي تحت الحمة ويكمل المثلث برسم خط من القاعدة يمر باستقامة
من نقطة ضربات القلب الى حافة القص لأنه يتسرع رسم هذا الخط بالقرع
حيث ان اصحية القلب تتصل باصحية الكبد في حذاءه ولن المدة حتى تحدث
ربما يتسبب منها رنانية حذاء الحد

ويستحي يكون القرع خفيفا بركة المعصم وحده ويشترط ان يكون اليمين
جالسا أو ملق على ظهره لأنه اذا رقد على جنبه الأيسر يتخرج خط الاصحية
الوحشي الى جهة الشمال ولو كان القلب سليما

وفي ضخامة القلب فتسمى الاصحية التامة في حذاء الحافة العليا
لغضروف الضلع الرابع فاذا ارتفعت الاصحية فوق الضلع الثاني دل ذلك
على وجود آفة أخرى خلاف الضخامة والتمدد كالانسحاب التاموري
أو الانوريزما أو ورم الحجاب المنعقد ويختلف اتجاه الخطين الجانبيين
كثيرا أما الخط الانسي فإنه قد يزوح الى اليمين في حذاء الحافة التي للقص
أو بعيدا عنها بكثير ويختفى طرفه مع نبضات القلب الى غاية المسافة السادسة
أو السابعة بين الامتلاص وينسب ذلك لزيادة حجم البطن اليسارى عادة

وعلى

وعلى قول والش تكسب الأوعية في ضخامة القلب العامة شكلا مبعسا
بسبب بروز الأذنيات الى الجيوب

وبالجملة لاجل تمييز ضخامة البطين الايسر بما يكتفى في الاكلينك برسم
الخط الوحشي لتلك المذكور الذي يتدعى من الحافة الانسية لغضروف
الضلع الرابع وينتهي في قمة القلب ثم يبرم خط افقي يتدعى من قاعدة
الزائدة الخجيرية ويسقط على الخط الأول في حذاء قمة القلب ففي الحالة
الطبيعية لا يصل طول الخط الوحشي الى قيراطين ونصف وأما في ضخامة
البطين الايسر فانه قد يصل الى اربعة أو خمسة قيراط وطول الخط
الافقي يكون في الحالة الطبيعية نحو قيراط ونصف وقد يصل في ضخامة
القلب الى قيراطين فأكثر

ومع ذلك فان القرع لا يدل دائما على ضخامة القلب ولا في الاحوال التي
تكون فيها الرئتان سليمتين فقد شوهدت ضخامة القلب في داء برات
غير مصحوبة بأوعية زائدة عن المعتاد بسبب استتار القلب في باطن
الرئة اليسرى وعند عدم وضوح الأوعية لاستتار علامات انقز ولجس
ولا يظهر تحجب القسم القلبي ولا ييسر اجراء التفحص غالبا في هذه
الاحوال المبهمة الأبعد فتح الحشة

وأما الاستماع فليس له أهمية كبيرة في ضخامة القلب فاذا كانت الضخامة
لبسطة عامة يحس بالخط الأول ميذا عن الأذن اصحا واذا تضاعفت
العضامة بالتقدم يغير الخط الأول اقرب الأذن زمانا يمكن سماعه في
جدار الصدر على امتداد عظم وأما اذا ضعف الالياف العضلية بالاكليروز
والاستحالة الشحمية فان الخط الأول يبرز ضعيفا غير مستوي
الرئانية واذا تزايد تمدد القلب تغيرت السماعات الاذنية البطينية غير
كافية لتعلق قمتها وليسع لها فتح عليم الكفافية كما اذا كانت الضخامة
مفرطة فانه يمكن سماع احتكاك وريقته التامور المتعددين

٢٦٦ (سائيس) وأما اللفظ الثاني فلا يتنوع ما لم تصب الشرايين المركزية
أو صاماتها بأفات

(التشخيص) تشخيص مضامة القلب مبني على العلامات التي سبق شرحها
ويلزم الاحتراس في اعتبار الأسباب المنوعة للأهمية وتميز مضامة
القلب عن استسقاء التامور بالعلامات التي ذكرناها آنفاً (انظر صفحة ٢)
(الأنذار) المضامة البسيطة الذاتية ليست خطيرة وتبرأ بإزالة السبب
إذا كانت حديثة وتكافئ المضامة بغير نغمة الأهمية لحالة المريض
ولا تكتسب المضامة هيئة الخطر إلا إذا تسببت عنها عوارض الاحتقان
الواردة أو تضاعفت بالعدد الزائد أو الاسكليروز والاستحالة
الشمية

(المعالجة) يلزم احترام المضامة التكافئية وتعالج الاحتقانات الواردية
بالضغط الموضعي والراحة والحمية المناسبة وعلماء اليوم يلزم استراحة
المريض وعدم تعرضه للارتباك والمجهودات والانقطاعات النفسانية
والأفراط في المنبهات وأحسن الأدوية الموافقة لمضامة القلب هي
الأكوينيت بقدر نقطة أو نقطتين من الصبغة مرتين أو ثلاثاً في اليوم
أو ١٠ إلى ٢٠ من الأكوينيتين أو ١٠ من سنف من غلاصمة الكولية
والغير اقروم الحريف الأخضر بقدر ٥ إلى ١٠ نقط من الصبغة ثلاث مرات
في اليوم وبرومور البوناسيوم وأما اليودور فلا يوافق هذا الزمن
وإذا تزايد تمدد القلب وضعفت ضرباته يمكن استعمال الديجيتال وأصلها
الفعال وأما إذا بلغ المرض الدرجة المعبر عنها بوقوف السيستول وعواقبه
فينبغي ما سبق ذكره في آفات العمامات

المبحث السابع في أمراض القلب العصبية
أولاً في الأغواء

الأغواء هي سحنة القلب المسماة في العرف بالسورقة هي حاكاة تشبه
الموت

الموت الظاهر

(الأعراض) تختلف أعراضها كثيرا باختلاف احوالها واسبابها
ففي احوالها الثقيلة يحس الشخص بدوخان وغثيان وانقباض وسخونة
في القسم الشراسيفي ويبرد الجسم ويرهت ويتغلى بالعرق ويظلم البصر
وتقن الأذن ويفقد الإدراك ويسرع النبض ويضعف جدا فلا يحس به
في المعجم ثم لا يحس به في السبات وتضعف ضربات القلب ثم لا يحس بها
أمهلا أو يحس فقط بنوع اهتزاز فحذاء قبة القلب وتعادته ويضعف
التنفس ويغير بطئا سطحيا وغير متعلم وتنسع الحدة

وفي الاحوال الخفيفة يحس الشخص بدوخان وغثيان وفقد الإدراك برهة
ثم يعود الى الادراك بسرعة أو ببطء وقد يستمر الاغاء من بعض دقائق الى
أكثر من ساعة وعلامة الانتهاء هي التشاؤم أو التهد المستطيل أو يحصل
فيما أو تجش أو عرق مفرط ثم تعود الدورة والتنفس والادراك ولو لم
الوجه تدريجا

(الاسباب) من اسباب الاغاء الخطرة التزيف الغريم سواء كان باطنيا أو
ظاهريا وتفرغ الانسكابات الكبيرة للبريتون أو المبيض أو البليورا
والاغاء في التزيف يحصل بالتدريج أو فجأة على سرعة التزيف وبطئه وتعبه
سببه عامة واضحة في الجلد والشفتين والأظفار ويسبقها في الغالب
تشنج عام أو يحصل الاغاء على نوم متقلبه كما تحرك الشخص أو اراد البلوس
ونشاهد هذه الأعراض في التزيف المعوي الغريم وانفجار انوريزما
الأورط وعوها

وقد يحصل الاغاء من تأثير الحرارة الجوية المفطرة وينتهي بالموت عادة كما
يشاهد ذلك في المساكين متى طالت مدة الملام أو السير في وقت
القبولة

ويشاهد الاغاء في أمراض القلب فيقع المريض فجأة وليسحق مرة أو مرتين

ويرتفع ويهت وينطفئ وسبب الموت هنا أما شلل القلب أو تشنجه
ويمكن حصولها بهذه العضلة عقب جميع المراكز العصبية القلبية أو
أطراف الأعصاب الدائرية أو الضغط على العصب الرقبي المعده في
مسير ويفسر الإغماء عقب الاضطرابات التنفسية بتأثير المراكز
العصبية والأعفاء التي تعقب دهن الأطراف أو الضرب على القسم
الشراسيني ينسب إلى الفعل المنعكس

(التشنج) لا يلبس الإغماء بالصبر للضعف لأن الإغماء لا يسبقه الأور
بل لابد أن ينشأ عن سبب ولو كان وهما في الظاهر كالراحة القوية
أو رؤية الدم أو جرح صغير أو شدة حرارة المكان وأكثر الأعصاب
به للأطفال والشبان رقيق المزاج والنساء ولأن شاهد عند الرجال
الأنادر ولا يجب سقوط الشخص فجأة بل يهبط على نفسه في حالة
صحو قبل أن يفقد الإدراك ولذلك لأغصاف عادة يجرع في رأسه
ولا معنى لسانه بخلاف الصريح

وأما ما يبرهنه بفقد السيولة أو تنطله أو وقوفه أو شلله فهو
تعبير عرفي لا يراد به الإغماء مطلقا بل يطلق على ضعف القلب بحالة لا
تكن معها حركة الدور في ركود الدم في الأوعية ويرتفع معوله في
الأعضاء وتعمل الكاشيكسيا القلبية أو يهلك المريض في
حالة اغطاط

(المعالجة) يبدأ بوضع المغمى عليه في الهواء المطلق أو جوار الشياك
ومعها أفتيا حيث تكون رأسه مجفأ كفيه وتفرج ملابسه المحيطة
بالمنق والمصدر أو تقصر أو تمزق ويبعد عنه ازحام الحاضرين
والأجباب وتفرج لافنه زجاجة فيها فوسفاد أو خل عطري أو يدخن
الأنف برائحة أو يشم رائحة حريق ريشة أو كبريت ليستشق
أجرتها ويرش على وجهه ماء بارد وإذا كانت الحلة متمكة بالطعام
المفرط

المفرط يعطى في الحال مقبلا وإذا كانت البنية ضعيفة رفيقة يعطى الأثير
والكوكبنيك والنوشادر من الباطن في ملعقة وفي الأحوال الثقيلة يمكن
الحقن بالأيثير تحت الجلد أو توضع على اللعنة رغادات مبتلة بالماء
المساخن أو ورق الخردل والبعض يوصى باستعمال الكهربي إذا اقتراف
وجودها تحت اليد ويلتزم حينئذ استعمال تيار خفيف جدا

ثانياً الخفقات

الخفقان هو نفوس يتصف بسرعة متعبة أو مؤلمة في ضربات القلب
الوقعية التحصيل عقب الجهود كالحمى والاقتمالات النفسية
(الأسباب) الخفقان إما أن يكون ذاتياً عصبياً أو مآبياً لأفة مآية
أما الخفقان العصبى الذاتي فإنه يتعلق إما بقتنه المراكز العصبية
القلبية أو بقتنيه العظيم السمبثيق أو بالشلل الرقوى المدى ويكون
عرضياً في الموت الجوعلى ويحدث أيضاً من الإفراط في المنبهات القلبية
كالمشروبات والقهقه والشاع والدخان والخفقان الحادث من الأفعال
المنعكسة

ومع يشاهد الخفقان في سن البلوغ وينبئ لتأخير نمو القلب بالنسبة
لباقى الأعضاء أو يحدث من الإفراط في الدراسة أو الجماع أو جلد عميق
ويشاهد غالباً في من الكحول لاسيما عند النساء الاستيريات وفي
الأنيميا وبين والخلوروزيين ومن الانزفة الغريق
والجهود المستمرة تحدث تهيجاً في القلب ربما يؤدى إلى الخفقان كسر العساكر
الشاق في المحاربات مع الأكرمان وتحمل أثقال الحمله
والقمة المدوية أيضاً تتبعها وهذا هو المشاهد كثيراً عند الأطفال الذين
لا يعتنون في المصنع وفي هذه الحالة يحصل للخفقان ليلاً ويصعب بالاعتناء
في التدبير الغذائى

وأما الخفقان الشايع فإنه يشاهد في أغلب أمراض القلب كالتهاب أغشيته

ونسجية العضل وضخامته وتدله وآفات معاماته خصوصاً ضيق الصمامات
(الأعراض) أعراض الخفقان تحصل عادة على هيئة نوب في الأحوال الخفيفة
كالاحساس بنبق واضطراب في قسم القلب وقد يشكو المريض بالخفقان
ولكن يحس قلبه لا توجد سرعة في ضرباته وأما في الأحوال الثقيلة فإن
الضربات تكون قوية جداً بحيث يرفع منها الصدور أو الجسم كله والفرش
تحتها وتصبها نبضات قوية في السباتين حتى يهيم المريض أن قلبه يضرب
في حلقه ويحفظ الحية مع النبضات ويحس فيها بشرد ويجعل درخات
وميل إلى الأغمى ويستشر المريض بتعب مؤلم في قسم القلب ويزيد الضجر
إذا رقد المريض على جنبه الأيسر ويصير وجهه باهتاً مغلي يعرف
بارد ويداه كأنها مغطيتان بكلامه متقطع ويتبها له أنه قرب من الموت
بالاحتراق أو الأغمى

وبالبحث عن مدد مدة النوبة توجد ضربات القلب قوية ومنظمة أو مضطربة
وغير منظمة وتوجد القلة في عملها الطبيعي ولكن نقطة ضرباتها منتسعة عن
العادة تدفع المسامع ورأس الطبيب عند اقوياء البنية وتكون رخوة
عند ضعف البنية ولا تتنوع الأصمية عادة ولكن إذا ازمن الخفقان
تقدم الأصمية خلف القص وأما الالفاظ فتكون عادة قوية زمانة
واضحة وفي بعض الأحيان ليسمع القسط الأول على بعد وقد يعصبها نغ في
قاع القلب إذا كان المريض أنماوياً (واش)

وأما النبض فإنه لا يكون في نسبة ضربات القلب دائماً لأن بعض الضربات
لا يدفع في الشرايين موجة دموية كافية فيكون احساسها جرداً متوتراً
أو رخواً منتظماً أو غير منتظم وقد يصل عدده إلى نحو ١٥٠ أو ٢٠٠ في الدقيقة
أو يكون قليل السرعة خصوصاً عند اقوياء البنية

وإذا كان المريض مصاباً بآفات في الصمامات تتنوع الالفاظ القلبية طبعاً
على حسب تنوع الآفة ومجسها وتنوع أوصاف الخفقان المرضي في الضوئ
المحوري

الحجم غلظ

وتختلف مدة نوبة الحققان من بضعة دقائق إلى بعض ساعات ويعين انتهاء
النوبة بالأدوار المفترق وبينام المريض بعدها في الغالب وقود النوب
بأقل سبب كحركة انفصال نفساني أو أملاء المعدة مثلاً
(التشنج) تشنج الحققان لا صعوبة فيه وإنما يهتم الطبيب
في تشخيص سببه ليعلم أن كان الحققان عصبياً أو تابعياً لآفة القلب
ليكون العلاج ناضجاً على أساس

(المعالجة) يبدأ بإبعاد السبب والتفقد على المريض من تأثره ما
أمكن ويمتنع في التدبير الغذائي لأجل استراحة المعدة ولا يتفرض
له بالمشبهات كلياً كالقهوة والدخان والكحوليات والإفراط في الشهوات
وإذا كان المريض أيناوياً يعطى الأدوية المقوية كالكيما والحديد
وأما الأدوية الشفائية فتتوخى على حسب الاقتضا فإذا كان النبض
بطيئاً ووضوحاً وقابلاً للضغط يعطى الديجيتال وإذا كان النبض
ضعيفاً مستقطاً يعطى مقدار صغير من الكونيناك أو يعطى البالا دنا
والأترابين مع الديجيتال أو تستعمل الديجيتال بالآستروفانوس
والمقونن للآرا

وفي الأحوال المتعلقة بنبضه عصبى يجمع برومور البوتاسيوم والبوساين
والشيش أو يعطى الأثير البسيط والركب وإذا كان الحققان مصحوباً
بالأستيريا يعطى الفاليريانا والمسك والحلتيت
وشروتر يومياً باستعمال الماء الجليد قبل فيه رفاعة مثنية عدة
طبقات وبعد عصرها بقوى قوهم فوق القلب ولكن يحتمل من استعمال البوارد
إذا كانت الضربات مضطربة وغير منتظمة
وأما الأكونيت فلا يفيده في الحققان ولكن ينفع إذا كان القلب متزايد
الحجم فإنه يخفف قوهم ضرباته ولا ينفع سرعتها بعكس الديجيتال

فإنها تخفف سرعة ضربات ولا تنوع قوتها ولذلك يراعى إعطاء اللدجيتا
مع الأكويت لأجل تطييف الخفقان وقوته فيها إذا كان القلب متزايد
الحجم
وأما الفيزا فم فأن مفعوله متوسط بين اللدجيتا والأكويت
(دأكوستا)

ثالثا في الذبحة الصدرية

الذبحة الصدرية مرض يتصف بألم قلبي شديد نوبي ينتهي للمريض أنه
قد اقتراب أجله وقد يوت حقيقة مدة النوبة وأولى من شرحه أبردوين
في منتصف القرن الماضي

(الأعراض) تتبدل النوبة عادة فجأة فليس المريض بألم شديد في قسم
القلب أو خلف العقب وبطول حافة اليسرى توصفه المرضى بأنه مزق
أو خنق أو حرق أو نبض صعب لا يطلق لشدة وينتهي للمريض في حالة شبح
الزائد أنه إذا لم يخف منه لا بد وأن يتصف عزم بوقته ويصيب الأكم غالباً
الاحساس بأقباض في الصدر أو ضغط من الأمام إلى الخلف كأنه قد وضع
بين حجري الرجا ويتشمع الألم عادة إلى الخلف نحو الظهر أو القفا وإلى
الأمام نحو الصق أو الفك ومفصله أو يمتد إلى الذراع الأيسر لقلة المرفق
أو الأصبعين الآخرين وقد يمتد إلى أسفل في القسم الشراسيفي أو محيط
الجدع جلقة مؤلمة أو يصل إلى الأربية أو الخصية أو إلى الأطراف
أسفل وقد يصيب الطرف العلوي اليمنى أيضاً ويتصف بتقل الأطراف
بوجود لانها أو ألم خفيف فيها وتورد اليد وتغير باهتة وقد تنبذ النوبة
بالعكس أي تنبذ الألام في الأطراف أو الخصية أو الأصبعين الآخرين
من اليد اليسرى وتقبل منها إلى القلب

يمتد ابتدأت النوبة يبهت المريض ويثبت حالاً في موضعه على الهيئة
التي كانت عليها فإذا كان ماشياً يثبت واقفاً وإذا كان واقفاً لا يجلس
وإذا

واذا كان مشتغلا بشغلة يقف فيها ويرتسم الخوف والوهم والعجز
 وشدة التألم على سمته ويتقل جسمه بعرق بارد ولا ينطق بجوف ولا
 يفعل أقل حركة ويحس بجر النفس ولكن ذلك مجرد احساس وهمي
 لا حقيقة له ولو ظهر أنه سريع سحلي لأن المريض يتجنب حركات النفس
 خشية ثوران الألم فيبتهد في تخفيف تنفسه ما أمكن ولكنه لو اراد
 يمكنه فعل حركات شبيهة قوية وربما اعتبها خفة في ألم القلب كما
 ان بعض المرضى لا يتحمل وضع اليد ولو بخفة على قسم القلب ولكن متى
 زاد الضغط عليه يشعر بالاستراحة نوعا ويحفظ المريض عقله عادة
 وهذا هو السبب في صعوبة المرض وبعض المرضى لا يتذكر شيئا سوى
 الألم والبعض يفقد الادراك المأكلية ولا يشعر بما جره على حقيقته
 كأن به دوخانا أو في وسط الغمام وقد تصعب النوبة غطشة في البصر
 أو تقلصات تيتانية

وبالبحث عن المدة مدة النوبة لا توجد به علامات مخصوصة لأن القلب
 ومضرباته لا يتوعدان عادة كما لا يتنوع النبض وأحيانا توجد سرعة في
 ضربات القلب قرب انتهاء النوبة أو عدم انتظام فيها قد تكون بطيئة
 وضعيفة وفي هذه الحالة تزداد بهامة اللون وبرودة الأطراف وعرقها
 البارد وإذا كان النوبة خطيرة يصغر النبض ويصير غير محسوس ويموت
 المريض فجأة

وتختلف مدة النوبة ولا تزيد عن بعض ثوان أو بعض دقائق عادة ولكنها
 في بعض الأحيان تدوم نحو نصف ساعة أو ساعة أو أكثر ومتناقصات
 يعقبها استواء الاحساس بخدر في محل الألم ويحصل التشنج أو الغثاس
 أو التقي أو استنفاخ البطن أو الادوار الجواني وقد تختلف عن النوبة
 احتقان في الخفية وملل زائد ينصرف بالاستراحة وحيث ان النوبة
 قابلة لكنكسات فتره المريض يحفظ أو مضاعفة ثابتة خيفة ثورانها لو

تحرك فروع البعض مستلقيا على الخمر والبعض مضطجعا على الفراش أو الكرسى
والبعض متكبا على وجهه أو جاثيا على يديه وركبتيه بدون أن يتحول
من موضعه

ولا اكتسب النوبة أوصافها القوية التي سبق شرحها دائما بل تكون
أحيانا خفيفة فيعبر عنها بالذجة الصدرية الكاذبة التي تختلف أوصافها
جدا ففي بعض الأحيان يكون فيها ألم القلب عصبيا صرفا ومجلسه اما يقرب
حافة الفخذ اليسرى أو في قمة القلب بجوار حمة الثدي أو يتسع قليلا
أو يصبه تألم في العصب الحجابي الخارجي ولكن لا يطرأ الألم هنا فجأة ولا
ينعزج بسرعة وربما استمر التألم في قسم القلب عدة أشهر ورافقه خذلان
في الطرف العلوي اليساري وانقباض وضغط في قسم القلب وشورل في
الأعراض زمنيا فمنها وقد يتسبب عن هذه الحالة المزمنة فقد الشبهه
والتلعب والأمساك واستفاح البطن

وفي بعض الأحيان تنصب الذجة الصدرية الكاذبة بألم خفيف جدا
في القلب وزيادة في الأحساس بالانقباض والضغط أو لتلفقان
(السير والمدة والانتها) تنصف النوب الابتدائية عادة بنفثات متباعدة
عن بعضها فقد تمضي بينها شهور أو سنين وكلما تكررت النوب تشدد
وتقارب من بعضها وليست هذه القاعدة عامة لأن النوبة قد تقتل
المريض في أول أو ثاني مرة ويعود المريض إلى صحته عادة في فترات النوب
وفي بعض الأحيان يستمر عنده قسم القلب حساسا منقبضا والطرف
العلوي اليساري خذلا لمدة أيام أو أسابيع وفي بعض الأحيان
تعود النوب بانتظام في أوقات محدودة ومهما كانت النوبة خفيفة
فأنه لا يؤمن منها لأن الموت الفجائي كثير المحصول في الذجة الصدرية
(الأسباب) الأسباب قريبة منهجة للنوب أو بعيدة منهية لها أما
الأسباب الممتدة منهجية للنوب فهي مختلفة جدا والعادة أن النوبة
تتده

تبتدئ فجأة مدة المشي لاسيما اذا كان السير في عواك والريح مقابل
للتخني بقوة أو تحصل الثوبة عقب تعاطي مقدار كبير من الأطعمة ويندر
عجه الثوبة مدة النوم وقد تعود الثوبة بأخف سبب منه كالانفعال
النفساني أو المشي والرياضة أو الصوم أو غسل الوجه أو السعال
أو شرب الماء البارد أو نحوه ذلك من الأسباب الواهية

وأما الأسباب البعيدة فختلف أيضا باختلاف نوع الذبجة الصدرية ان
كانت عصبية صرفا أو عامية لبعض الأمراض والآفات أما الذبجة
القلبية العصبية فأنها قد تكون حالة نفروزية متعلقة بالاسترخاء
أو الصرع أو اصابته المراكز العصبية القلبية أو تغلق بالديابيطس
أو بدء برليت أو بالزهر أو الروماتيزم أو التقرص أو عقب الإفراط
في شرب اللذان والشاي والقهوة وأما الذبجة الصدرية الطبيعية
فأنها ترتبط بأمراض الأورطى أو الشرايين القلبية كنفوزيس ما الأورطى
والتهابها أو التهاب التامور اذا امتدت الأصابة الى الصغرة
القلبية والتهاب شرايين القلب واصابتها بالانحسار واستدادها
فكلها آفات تتضاعف بالذبجة الصدرية

والمؤلفون لم يتفقوا على قبول الذبجة الصدرية العصبية النفروزية
ويعتبرون الآلام العصبية النفروزية كذبجة صدرية كاذبة ولا يعتبرون
الاماصاب الذبجة الصدرية الحقيقية النفروزية من الآفات
الموضعية في القلب أو الأوعية الغليظة وتتميز الذبجة الصدرية
الحقيقية بكونها تحدث الموت المفاجئ وكونها تعيب الرجال أكثر
من النساء وأما الآلام العصبية القلبية أي الذبجة الصدرية الكاذبة
فأنها تعيب النساء أكثر من الرجال ولا يتسبب عنها الموت المفاجئ
وبالحيلة فالرأى الأعم هو نسبة الذبجة الصدرية لاصابة الضعيف
القلبية والاعصاب القلبية الناشئة عنها ويدخل في الضعيف القلبية

فروع الرئوي المعدى والعظيم السيلاني والعقد العصبية واهمية هذه
الضغطة وتغايتها المدينة قوضع لنا سنتت الاعراض وتنوعها وامتدادها
الى الاطراف وانقباض الاوعية الشعرية وبها تارة الجلد وبرودة الاطراف
والعرق وتحمل هذه الاعراض الاخرى من تنبه الفروع الوعائية للعظيم
السيلاني (فوتاجل بيز)

(التشريح المرضي) بفتح جث المتوفين بالذبح الصدرية الحقيقية
توجد الاوعية الشريانية الناجية مصابة بالالتهاب والاضيق وتوجد
جدرانها خنينة وقطرها ضيقا او منسدا ومصوبا بالتهاب الفرع الصاعد
للأورطي وتعدده واستحالاته الاثرومية او الكلسية ويوجد المنيج
المعصل للقلب رخوا ومحتويا كالأورطي على بعض الخث اثرومية او كلسية
او يوجد قوس الأورطي أو فرع الصاعد مصابا بالاثوريز ما ويصحب هذه
الآفات الالتهابية عادة احابة الصغيرة العصبية للقلب أو أحد
فروعها

(التشخيص) تتميز الآلام الحارارية لقسم القلب بكونها سطحية محدودة
في الطبقة العضلية وتتميز الآلام العصبية لمزود الصغيرة العنقية
الذراعية والصدرية بجلسها على مسير الأعصاب وقطعها المؤلمة الثابتة
ولا تبتعد فجأة ولا تتصرف بسرعة الذبحة الصدرية وآلام العصب
الحجابي الخارجي تتميز بجلسها وعسر التنفس وموت تقواعت الذبحة
الصدرية بهذه الآلام العصبية تنغم أعراضها الى بعضها
ويلائم تميز الذبحة الصدرية العصبية عن الذبحة المتعلقة بآفات
موضعية ويؤمل شفاؤها ومع ذلك فلا يمكن القطع بالحكم لأن قوب
الذبحة الصدرية على العموم خفية ويتسبب عنها الموت فجائي غالبا
بالأغما أو وقوف ضربات القلب وتشهد قوبة خفيفة تقبها قوبة
قائمة ولا قاعدة لذلك

(المعالجة) يلزم تجنب الأسباب المنبهة للوب بقدر الامكان كالانغماس في
النفاسية والتعب والبرد والافراط في الأكل والشهوات وشرب الخمر
والقهوة والمشاء والكحوليات وحفظ الطبيعة بحالة انتظام ومعالجة
الأمراض المهيئة كالنقرس والروماتيزم والزهري

ولأجل معالجة النوبة يبدأ بوضع المريض في محل واسع هادئ ولكن لا يلزم
تقليل الضوء فيه وتمنع الروائح منه وتقع ملابسه للأفراج عن صدره
وبعض المرضى يستريح جالسا أو واقفا ولاجل تسكين الآلام يعطى قطعا
من الجليد يمسحها أو يستعملها أو توضع على قسم القلب مثانة مملئة بالجليد
المجروش أو يرسل العلق على النقطة المؤلمة أو تفعل له الجمجمة الرطبة
وإذا لم يفد ذلك تستعمل المسكنات كحقن المورفين تحت الجلد وحده
أو مع مرافقته بتعاطي الكلورال وأما استنشاق الكلورفورم والأثير
فإنه يجب الاحتراس في استعمالها على حسب الملاحظة الأخيرة ويمكن
استعمالها باحتراس قبل حقن المورفين أو بعده

وبعضهم يوصى باستعمال الأنتيرين (س) جرعة بمقدار ٢ الى ٤
جرام في اليوم أو حقنا تحت الجلد بمقدار ٥.٠ الى ٢.٠ في اليوم
ولما كانت انقباض الأوعية الشعرية سابقا للنوبة غالبا أو صغرى
باستعمال نترت الأميل فيستعمل استنشاقا بقدرته أو نطقا على
المنديل أو يؤخذ منه نصف نقطة الى نقطة في ملعقة من ماء الحمى أو
ماء الزهر وأما النتر وجليسرين فيستعمل محلوله الكحول المائي
ويؤخذ منه قطرات الى ١٠ أو أكثر في اليوم في قليل من ماء الزهر
أو ماء الفستق ويجب استعمالها بحد الأوعية الشعرية واحتمال
الوجه والدماغ ولكن نترت الأميل أسرع فعلا من النتر وجليسرين
وقد يتسبب عن النتر وجليسرين حالة تنفس وفقد الأحساس مع عتلة
وهبوط عام وتزداد هذه الأعراض متى زاد المقدار عن ١٠ نقطة

ويمكن المداومة على استعمال نوتيت الأثيل والنتروليسرين في زمن
الفترات بمقدار قليل فيعطى مثلاً نقطة الى اثنين من المحلول الكحولى
لنتروليسرين (١٢) في كل ثلاث ساعات أو أربع أو يعطى في اليوم
من نقطة الى ثلاث من نوتيت الأثيل

ويضاف الى استعمال هذه الأدوية وضع بعض المحولات على الصدر كالحرايق
والمقصا والكي بالترموكوتير

وإذا كانت القلب ضعيفاً والنفس صغيراً تحمل حمامات يديه وقدمية بالخرزل
ويومئذ ورق الخرزل على قسم القلب أو تدلك الأطراف جيداً بالكحول
الكافور أو يوضع الجسم في حمام ساخن

ومن الأدوية النافعة في الذبحة الصدرية المركبات الزينية واليلاذما
وسلفات الكينين وقاليرياناتها ورومورالبوتاسيوم بشرط المداومة
على استعمالها مدة طويلة وإذا كانت البنية ضعيفة يعطى يودورالبوتاسيوم
والمركبات الزينية

ويعالج المزاج العصبي والانيما بمضادات التشنج والمركبات الحديدية
وإذا لم توجد آفة مادية واضحة تستعمل الكهرباء على قسم القلب
والنخاع للشوكي

(رابعاً في النوتيرالجو على أى داء جراف أو داء باسروفي)

النوتيرالجو على مرض ينهض بخفقان القلب ومجوزة المقلدة وتدد الغدة
الدرقية ويصعب اهتزاز عضلي وبعض أعراض أخرى متنوعة

(الأعراض) العرض الأول هو الخفقان ويكون في مبدئه
خفيفاً ونبياً ثم يصير مستمراً وينهض بسرعة واضطراب في ضربات
القلب التي قد تقبل الى ١٢٠ أو ١٤٠ أو ١٦٠ في الدقيقة مدة النوبة
وتصير الالغاط قوية جدارانة قد يعجزها نفع سيتولي والتمه أو

القاعدة ويحس في الشرايين السباتية نبض قوي وفي الغدة الدرقية

المتددة

المقدمة ينبض ارتعاشي واضح وأما النبض الزائد فلا يتبع عادة ومتى تقدم المرض تحصل مضامة في القلب ثم تزداد حتى تصبح بانتساع أصحية القسم العلوي ومع ذلك فلا تشاهد مضامة القلب دائما وتزايد القلبد قد يتسبب عنه عدم كفاية المعامات التي تتعين بعلاماتها الخاصة وإذا كان المريض انما ويرى ليسمع النخج الانماوى السيستوى في القاعدة في هذه معلم الشريان الرئوى

ويعقب الخفقان مجوز المقلتين الذي يكون في الابتداء خفيفا يتبعه بانتساع فتحة العين وبروزها قليلا وثباتها ورؤية الملتحة على هيئة حلقة بيضا محمرة حول القرنية ويتسبب من ذلك بشاعة السحنة ثم يزداد مجوز المقلية بحيث يمكن رؤية عمالة انقباض العضلات المستقيمة وربما اختلعت المقلية مدة الثوبة خارج الحجاج واحتاج الأمر الى ردها باليد في محلها وانقباض العين معاودة وتندرج العين واحدة وفي الابتداء يحصل في الاجفان تشنج ومتى مجتكت لا تكتفى الاجفان العين لفلقها فتقتن الملتحة وتعرض القرنية للوثرات الجوية ليلا ونهارا فتلتهب وتتقرح ويفترب البصر وانما يصير قصيرا أو طويلا في احوال استثنائية ويشاهد الذباب الطائر وقديمت الاحتقان الى الشبكية فتتدد أوعيتها وربما حصلت فيها أكيموزات نقطية (بليرزوكي) وأما المدة فتبقى طبيعية

وقد يحصل خصوصا عند الاستيريات شلل عام في عضلات المقلية الارادية التي يتوزع فيها الزوج الثالث والرابع والسادس والاسبق سليما الارالفة الحفن العلوى ويتسبب عن ذلك ثبات المقلية واكتساب السحنة هيئة العجب ولا يرى المريض الاشياء الموجودة على يمينه أو يساره الا بالتفات الرأس نحوها ولا يصيب الشلل العضلات الباطنة للمقلية وقد شاهد المعلم (جراي) انه عند نظر المريض الى اذناه لا يخفى عن

لحفظ العلوي كلها والمتاد وقال ان هذه العلامة تكفي لتشخيص المرض في مبدئه اذا كان مجهول المقله غير واضح ولم يوجد عند المرضي الا الحقائق ولكن هذه العلامة ليست خاصة بدهاء جواف لأن يمكن مشاهدتها ايضا في مجهول المقله الناشئ من أولم الجحاج مثلا

واختلفت الاداء في بيان سبب مجهول المقله هنا فالبعث ينسب للاختلاف وقوت وامتلاء الأوعية مدة النوبة والبعث ينسب للاختلاف وتعدد الطبقة الشمية للجحاج معارض المشاهد أن الجحوظ يزاد مدة النوبة ومدة الحين وأنه ينصرف في الجثة

وأما تمدد العدة الدرقية لأنه يعقب في العادة مجهول المقله وقد سبقه وقد يكون عاما للعدة كلها والغالب أنه يكون زائلا في الغضامين ويكون في الابتداء خفيفا بحيث لا يستحق اسم الفوتور ولا يصل الى حجم الفوتور الى من الغضامين ابتداء ولكنه يصير متزايدا واضحا بحيث يضبط على الحجرة ويوجب عسر التنفس أو ثوب اختناق واضطراب الصوت خصوصا اذا انضبط الجزء السفلي من العدة بين القصبة والقص

وبجس العدة الدرقية يستشعر فيها نبضات شبيهة نبضات الأجسام الاسفنجية وبالشعير يوجد فيها نغم مزدوج سيستوي ودياستوي شبيه بنغم الاورم الا نوردوزية وتمدد أوعيتها الشريانية وتستحيل وتغير سمكة ويزداد الانتفاخ في العدة جدا مدة النوبة والانقضاء النسائية

وأما الارتعاش العضلي الذي يشاهد في الفوتور الجحوظي فإنه يكون في الابتداء قليل الموضح بحيث يلزم البحث عنه لاجل مشاهدة ومجلبه في الغالب في الأطراف العليا لاسيما في اليدين وتسبب عنه صعوبة الكتابة والأشغال اليدوية الدقيقة ويحصل الارتعاش في الأطراف السفلى مدة النوم واليقظة خصوصا في القدم وقديم جميع عضلات الجسم وقد يصحبه تقلص

وأما

وأما الأمراض الأخرى التي تشاهد هنا فإماها الأمراض العصبية والحية أما
الأمراض العصبية فتعاق غالبا بالغرور والمامة كالاستيبريا والصرع
وشللها المتعرج وأما الأمراض الحية فتصنف بانطراب العقولية والحنوت
الحقيق وللأضغاليا وهذه الأمراض تكون إما سابقة لفنوترا الجوف أو متضاعفة
له ويصحبها تغير في طباع الشخص وسوء خلقه وسهولة تخلفه وضعف
قوة المحافظة وفقد النوم ومرداع وهذا إما يوجب له القرب والهلاك وعدم
القدرة على الأشغال مطلقا

وقد يشترك المريض بمرض النفس أو الشعور له اثر في رطوبة أو يابسية أو
رعاف أو انكسالات دموية والشبكة ويشاهد في الغالب اضطراب البصر
وفقد الشهية أو زيادتها عن الحد ومع ذلك تتقدم الايليا والضعف وتتفتح
البلغم ويحصل اسساك أو اسهال ويتقدم الكبد والطحال

وينقطع الطمك ويستعوص بفقد آيضي وتغير البول زلالا أو سكريا
وبعض المرضى يشترك بالانحساس بحرارة زائدة في جسمه ولا يجهل المظاولا
الملابس وقد يعجب ذلك ارتفاع الحرارة الطبيعية بنحو درجة واحدة
ويتخطى الجلاء أحيانا بمرق بارد أو يظهر فيه بقع فوفورية أو نقط فيغما نيتة
أو بها قية ربما تمتد على سطح تتسع خصوصا في الصق والكتف والذراع
أو يظهر فيه طخ أجبره أو يصير أوزيماويا

ومع تقدم المرض تزداد الضعف والتمول إلى درجة منفرطة يعبر عنها
بالكاشيكسا الجوفية

(السير والانتها) لا يشاهد المرض على الدوام بهيشته التامة التي
شرحناها فإنه قد يفقد احد عناصر الأصلية إما الحققان أو جحوظ
المغلة أو تدمد الغدة الدرقية أو يكون قليل الموضوع جدا وتسلطن
الاعراض العصبية عوضا عنه وعلى كل فسير المرض عادة بطيئ ومدته
مختلفة ربما تصل إلى عشر سنين أو بما أو أكثر وينتهى بالموت غالبا

وقد يكون المرض حاداً وربما هلك المريض بالأسفيسيا في مسافة تضع أشهر
 ويحصل الموت غالباً كما شكيا بالحويلة أو بالموت في البطن كالتريف
 الرئوي المصوب والحق (هيش) أو بالحنون (نيسية)
 (الأسباب) يشاهد الموت الجبر على عند الكحول غالباً لا سيما عند
 النساء وذو الزناح المصحى أو الانعلاوين وقد يشاهد عند الشبان ويبدو
 عند الأطفال والشيوخ

وهو يضاعف الأمراض العامة غالباً كالاستيعاب والصرع والكوريا والحنون
 ويصيب أمراض الجهاز التناسل والأنفيا والفلوروز وبقي الاتصالات النفسية
 الشديدة كالحوف والفرع والخصية والرجب الفجاء وأما الجمل فإنه ينسب
 منه عادة خفة في الأمراض

واختلفت الآراء في تعيين طبيعة الموت الجبر على فالبعض يزعم أنه يتعلق
 بأمراض القلب ومما مائة والبعض ينسبه إلى آفات العقد السجاقية
 النفسية (توسو) ولكن وجود القلب والعقدة المذكورة خالقي من الآفات
 عند بعض المرضى (رأيتيه) ما يبره هذه الآراء والرأي المرح الآن هو اعتداد
 المرض كقرور البيلة الحية الذي يصطب باضطراب في القاع المستطيل والشرقة
 الدماغية ولم يزل هذا الرأي محتاجاً إلى الإثبات

(التشريح المرضي) لا توجد آفات خاصة ثابتة ولكن يكون القلب والغالب
 متقدراً أو متخماً أو متغيراً أو متشعباً فيه آفات التهاب الغشاء الباطن
 وتوجد شرايين العدة الدرقية متعددة وأوردها دالية ونفس العدة فتحة
 ومر تشعبة بسائل مصل أو مصابة بأكاس وبقع جوية ويقل هبوط الصغ
 هذا أو نزول من الحمة بسبب انقباض الاحتقان الوعائي ولكن التسمم
 السخمي المحيط بالمقلة قد يكون متزايداً أو تكون المضلن مسجلة سخمية
 ومن جهة المراكز العصبية فقد تشاهد أصابات القاع ولا سيما كمرن
 السجاق وكذا العظم السمي لتوى للمق وعقدة العصبية توجد مصابة

في أغلب الأحوال أما بالاستحالة النفسية أو بالأسكلروز أو تشاهد
ضخامة في العقد البقاوية في الجباب المصنف يشب عنها صفة العصب الرئوي
المعده

(الشخص) يصعب التخيص في ابتداء المرض إذا كانت أعراضه غير تامة
فلزم البحث للبدء عن القلب والعين وعن حالة الغذاء الدرقية والوراثي
المفضل والبقع الضفائية أو البهاقية وعن باقي الأعراض العصبية
وعلامة جراف واعتبار سن المريض وحالته العامة لأجل الوصول
إلى تيقن التشخيص

(الانذار) الموتر الجوعلى مرض خطر ينتهي بالموت غالباً أو الكاشيكيا
ولحمون وقد ينتهي بالشفاء ولكن لا يؤمل إلا في الأحوال الحديثة
المعده

(المعالجة) المعالجة متنوعة جداً ويمكن اعتبارها من وجهين عامة وجزئية
أما للمعالجة العامة فمنها التدبير العقائى لطيف المقوى واستراحة
المريض في الفراش غالباً وتجنب الانتصاب والمشاق والانفعالات النفسية
وتجنب الارضاح المستطيل عند المرأة وعدم الاقراط على العموم
والامتناع من شرب المدخان والاقامة في الغلوات أو القهق أو بجوار
شواطئ البحار أو في الجبال المرتفعة والتوجه إلى المياه المعدنية المعقوة
أو استعمال التدبير المنبى أو اللبى

وأما الأدوية فاهما اليودوريات والكريات الحديدية والكينية وريوس
يوصى باستعمال اليودورين من نصف مل إلى واحد مل جرام في اليوم وأهم
من ذلك استعمال الكهربية لأجل حلولة الأعصاب السعابية وتيسر
لذلك ٦ ملل عناصر ويوضع القطب الراتنج على العمود الفقري في حذاء
الفترة الخامسة الضيقة والقطب الزجاجي يصير تسخين بطول العضلة
القروية الخلية وباستعمال الكهربية شهود تنازل ضربات القلب إلى ٧٠

او ٢٠ وتحسن الهيئة العامة للرئتين عقب التكوير حالاً ولكن لا يحصل
هذه النتيجة دائماً وبعضهم يوصى باستئصال الغدة الدرقية أو كليهما (بتر)
وأما للعلاج العرضية فأهمها معالجة الخفقان بواسطة الدبجينا (الاصلي)
٢١ ج في ١٠٠ كل ساعتين ملحقة كبير أو الكونفا (الاصلي) نقطة ثلاث
جرات في اليوم (والاستروفاستون) أو موضع مشامة مملوءة بالجليد الجروش
على قسم القلب أو الحنق

ولأجل معالجة النقر تطلى اليودويات (يودور اليوداسيوم) كج على ٢٠ ماء
كل يوم ثلاثة ملاعق كبيرة (أو تحامل الغدة بالكبريت أو يوطى البلازما
وحنقاً أو مع لليودود

ومضد للجوء المصيف تستعمل صيغة اليود مضافاً على الألفان (جراف) ويجب
تنظيف العين بالفصل مراراً بالماء الفاتر أو اللبن أو الحليب من وقت بطة
بها طاعناً لها

ومضد الحالة الحسية يعطى برومور اليوداسيوم وتعمل الأيدرو يترالى
وتعالج صعوبة التمثيل بوضع المحولات على الأطراف السفلى والمقويات
(الفصل الثاني في أمراض الأورطى)

(المبحث الأول في التهاب الأورطى)

التهاب الأورطى إما حاد أو مزمن وعمله بالأكثر في الأورطى الصاعدة
وهو في الأورطى

(الأسباب) أسباب الالتهاب الحاد إما أن تكون جرعية كعدم الصبر وجرحه
وإما أن تكون متاعية بالمجاعة كالتهاب الشامور وخراجات الجبال المنفص
وأفات الرئة والتصبية والشعب والرئة اليمنى وإما أن تكون متعلقة
بمرض عام كالنقرى والروماتزم والحالة النقاسية

وأما الالتهاب المزمن فإنه إما أن يكون أصلياً أو تابعياً للالتهاب الحاد
ويكون محدوداً إذا حدث عن أسباب موضعية ويكون منتشراً إذا تعلق
بالأورطى

بالإبروم الروعالي العام ويشاهد غالباً عند المتقدمين في السن لاسيما
 المذكور والمدمنين على الخمر وشرب الدخان والمصابين بالزهر وداء الصانير
 والقوى والروماتيزم وداء برات ومن اسبابه التعرض للحرارة الشديدة
 كالغزان والطباخ وعطش الحجاجات
 (التشرح المصحف) تتوحد الأورطى كباقي الشرايين من طبقة ظاهرة
 خلوية وطبقة متوسطة مرنة عضلية اليافها العضلية فأداء في
 الأورطى بالنسبة للشرايين الأصغر منها وطبقة باطنة بشرية وتلك
 الطبقة البشرية تتوحد من طبقة خلوية سطحية ذات خلايا نووية
 تحتها طبقة بشرية ثانية ذات خلايا مبطنية نجية والطبقتان منفصلتان
 عن بعضها بمسوح خلوي رقيق

ففي الالتهاب الحاد إذا كان السبب جريماً أو بالهجوم وبما يصيب جدار
 الأورطى بقامها وما عدا ذلك فإن الالتهاب الحاد يمتد عادة
 بالطبقة الباطنة فتحقق الأوعية الشعرية وتتفتح الخلايا البشرية
 الفائرة وتبرز على هيئة الخبيثات وبالجث عنها بالميكروسكوب
 توجد مقللة خلايا جينية مستديرة غائرة بين خلاياها مبطنية الخبيثة
 ومرشحة بمادة عضلية دموية وقد تفصل سماكة الطبقة البشرية الفائرة
 هنا إلى درجة فائقة جداً تفوق سماكتها الأصلية بمائة مرة ويتبدل التهاب
 في الطبقة المتوسطة في الالتهاب الحاد ويصير جدار الأورطى في الالتهاب المزمن
 وقد يتبدل بالتقيح واحتراق الحديد في جدار الأورطى أو انسكابه في الشريان
 الدموي

وفي الالتهاب المزمن تشاهد في الغالب ظواهر الإبروم التي يتبدل
 بظهور قطع مصفرة بارزة تحت البشرة السطحية متكونة من جيبات
 وخلايا شحمية تتوحد بالاستسحاض على حالة الحوامض الدهنية أو
 تنفجر وينتفخ الشريان الدموي ويختلف عنها في الحالتين رواسب

ملحمة جيرية على هيئة الخميصة عضروفية قليلة المقدار ومة بحيث
تنتشر بالانبعاث من تأثير التيار الدموي فتعاب الطبقة المتوسطة
بالايتيوم والتكلس ايضا وتضعف مقاومتها وتفقد مرونتها فيؤثر عليها
التيار الدموي ويزداد تقيحها ويمتد الالتهاب الى الطبقة الظاهرة وتختلط
الانبعاثات ببعضها وتكون ربما النورين ماويا
ويشق جدار الأورطي المعصابة بالالتهاب المزمن توجد تلك الجندوسية
تقاوم الشق متبينة وسطها غير مستظم فيه بروزات وانبعاجات وارتشاشات
كلية على هيئة صفاغ اوتقع وشكلها متشوها بدرجته مختلفة
(الاعراض) قد يستتبع الالتهاب الأورطي بدون اعراض واضحة فلا
يستشعر به المريض وفي الأحوال اخرى تقيح حتى وعيق في الصدر وتغل
في قسم القلب والقسم الشراسيفي وعسر في التنفس وفي بعض الأحيان
يגיעه ألم شديد شبيه بالذبحة الصدرية واذ انتهى بالقيح وانفتح الحرج
في جوف الأورطي تظهر اعراض الامراض الصدرية
وأما الالتهاب المزمن فأعراضه غير محسوسة غالباً وحتى كان مجلسه
الأورطي الصاعدة وقوس الأورطي كما هو الحال توجد أهمية متسعة
في هذا قاعدة القلب وبدلت كانت الى ٤ سنتيمتر تقبل الى ٦ أو ٨
سنتيمتر وزيادة (بيتر) وبالتسمع يوجد نفخ سيستولي بطول الأورطي
منشاء البروزات المتكونة على سطحها الباطن ويوجد نفخ دياستولي
في القمة متعلق بعدم كفاية الصمام الأورطي الناشئ عن تمددها ويكون
النبض صلباً غالياً واذ كان الايتيوم واصلاً الى الشريان الكبيرة
يصير متقوفاً ميبساً ويتضاعف الالتهاب الأورطي الايتيومى بضخامة
القلب المتعلقة بالايتيوم العام

ويتمهل الى التشخيص بمساعدة اعراض الايتيوم التي يمكن مشاهدتها في
الأوعية الذائرية فالشريان الكبيرة مثلاً قد يكون ميبساً كأنه انبوبة
مضجعة

متهمة حيث لا يحس فيه بالنقص بسبب عدم تعدده والشريان الزائد
ايضا قد يحس فيه بنقصات قوية في هذا المرفق أو يكون مقسما مجزأ وقد
يكون النقص غير متساو في الكعبتين بسبب تقدم الانزوم في أحدهما
زياده عن الآخر وقد يشاهد في الشريان السباتي عيبا أو قد انوريزماوى
وعند بعض المرضى تشاهد الضغينة الشفوخية أو الجاذة في الأطراف بسبب
استداد الشرايين أو تشاهد أعراض اللين المخي أو التزيف المخي أو الألتها
الكلى الاسكلروزه ونحو ذلك

(الانذار) انذار الالتهاب الأورطي خطر بسبب المضاعفات الملازمة
له كالانوريزما والذبحه الصدرية وعدم كفاية الصمامات وضخامة
القلب والامتصاص العبدى

(المعالجة) يعالج الالتهاب الحاد بمضادات كالنصفد والعلق والحماة
الرطبة والحارديق والجليد على العبد والالتهاب المزمن بالمحولات
كالحارديق والمقها والكي الترموكوتيرى ويمكن الألم بحقن المورفين
وسيطي يودود البوتاسيوم بمقدار كبير ويذاوم عليه مدة وتراعى الحماية
الموافقة ولعلاج المضاعفات في مبدئها

(المبحث الثاني في انوريزما الاورطي)

انوريزما الاورطي اما ان يكون على الشريان الصدري أو الأورطي البطنية
وحيث انها مختلفة الأوصاف والحالات فيقتضى شرحها على انفرادها
(اولا في انوريزما الاورطي الصدري)

الاورطي الصدري تنقسم الى ثلاثة اقسام الأورطي الصاعدة والناذلة
وقوس الأورطي ويمكن حصول الانوريزما في جميع امتداداتها

(الاسباب) انوريزما الأورطي نادرة قبل سن العشرين وتشاهد بالاكتر
بين سن الثلاثين والاربعين وتشاهد في الرجال أكثر من النساء وجميع
الاسباب التي تحدث التهاب الاورطي الحاد والمزمن تساعدا ايضا على حصول

الانوريزما لاسيما الزهرى والاتيروم والسكو للزمن وما يهيج لحصولها
 الصنائع التي توجب حركات الأطراف العليا بقوى وحمل الانتقال كالقفاز
 والمسكية والجرية والقتالة وخوذلك
 ونشاهد الانوريزما بالاكتر في الأورطى الصاعدة ثم في قوسها الأورطى
 ثم في الأورطى النازلة

(التشرح المرض) انوريزما الأورطى قد يكون مستويا مغزليا الشكل فاذا كان
 صغير الحجم يقال له عدد الأورطى او انوريزما الأورطى على حد سواء وقلة
 يكون جودقيا او على شكل الضخام اذا كان مجلسه حبيب والزلفا بجوار
 الصمام وقد يكون كالجيب أو الكيس ويختلف حجمه من حجم البندقة الى حجم
 رأس البعير وقد يتجمع هذه الاشكال الثلاثة عند شخص واحد
 ومن شق الكيس الانوريزمي يوجد مقبلا بالأورطى بقية مختلفة المظهر
 والاتساع جدا يوجد جداره متكونة من طبقات من البصير متراكمة فوق
 بعضها كتشوير البصل سمكها غير منتظم الطبقات الظاهرة منها متكاثفة
 جدا مسيضة متينة ومزرة وبجودة من التركيب المعقدة ومن الأوعية
 وكما قربت من مركز الانوريزما كلما قل سمكها وقولها وتكون الطبقات
 الباطنة على هيئة جلد رخو مسقر حديثة التكوين ولا يشاهد
 انقصاد الدم في الانوريزما المغزلية الشكل

واختلفت الآراء في كيفية تكون الانوريزما فالجانب يزعم ان الطبقة
 البشرية الباطنة تستقر وتكون جدار الانوريزما وأما الطبقتان الوسطى
 والظاهرة فانهما ينفصلان وينسدان والبعض يزعم ان الطبقة الوسطى هي
 التي تزول وتكون جدار الانوريزما من الطبقة الظاهرة التي تتكاثف وتزداد
 الانوريزما وجميع هذه الكيفيات يمكن مشاهدتها وربما تكون الانوريزما
 ارتشاحيا اعدان الدم يرتشح بين الطبقة الباطنة والمتوسطة ويفصله
 ويتشرب بينهما في امتداد مختلف

ومجلس الانوريزما مختلف فالانوريزما البودى يشاهد في جيوب والذلفا
والانوريزما المغزلي يحصل عادة في الاورطى الصاعدة والانوريزما الكسبي
يشاهد في مجموع الأورطى ويكون عليه الوجه المقدم أو الخلفي أو الجانبي
لهذا الوجه وقد يشاهد في قوس الأورطى وهذه منشأ الشريان الثلاثي
له حيث تكون فتحة هذا الشريان في جدار الورم الانوريزمى أو يكون
الانوريزما بين هذا الشريان والسباق الالىس أو يكون في طرف قوس
الأورطى المجاور للعمود الفقري

ثم ان مجاورة الانوريزما للأعضاء المختلفة تتسبب عنها آفات متنوعة
فالمعظام مثلا يحصل فيها التهاب استغنى يوجب تأكلها وقد جوهرها
بالاستعاضة كالقوى والأضلاع والرقبة والفقرات والاعضاء الرخوة يحصل
فيها التهاب الصفاق أولئك أو تخرج كالليورا والنامور والقصة الهوائية
والشعب والرئة والمري والشريان الرئوي والوريد الاجوف العلوي
والأذين الأيمن والنامور وقد تشعب هذه الاعضاء وتمزق الانوريزما
ويشكب الدم فيها بهيمة تنهض بمقتل وانها الانوريزما بالأوردة
المركزية يعقبه تكون الانوريزما الشريانية الوريدية
ويصيب الانوريزما الأورطية غالبا درن الرئتين وينب ذلك لضعف
الشريان الرئوي (رينو)

(الاعراض) قد تكون الانوريزما الأورطية كامنة غير محسوسة إلا بعرض
بدرجة واضحة حتى يموت الشخص فجأة ولكن ذلك نادر وفي الغالب يعضها
اعراض وعلامات واضحة تختلف باختلاف مجلس الانوريزما وحجمها
وتستشرح على التعاقب فالأورطى الصاعدة وقوسها والأورطى النازلة
(انوريزما الأورطى الصاعدة)

الانوريزما البودية لجيوب والذلفا تؤثر على الصمام الأورطى عادة وتحدث
فيه عدم الكفاية الذي يرف بالنع الدياستول وباقي الاعراض المخصوصة

بهذه الألفه وحيث ان الانوريزما المذكور لا يصل الى حجم كبير فلا يتسبب عنه أعراض خاصة ولكنه ينتج مادة في التامور ويحدث الموت الفجائي والانوريزما المعرفى للأورطى الصاعدة يتعلق غالباً بالانوروم الوعائى ويتسبب عنه فقد مرونة الوعاء وتصلبه أعراض الانوروم العامة القشعرى لها أنفاً وإذا وصل الالتهاب الانورومى للصلب الأورطى يتضاعف التمدد الأورطى بأعراض آفات هذا الصمام ولا تشاهد للانوريزما المذكور أيضاً أعراض خاصة ولكنه لا يوجد وحده الا في احوال استثنائية ولما في المادة فيكون مصحوباً بأفراح الانوريزما الأخرى الجيبية

وأما الانوريزما الجيبى فإنه اذا كان مجلسه الوجه المقدم للفرع الصاعد للأورطى فإنه ربما تعفى عليه مدة مديدة بدون أعراض واضحة الى أن يصير حجمه كبيراً فتنبت علامات أو يسبقها ألم غير مهم وبالكشف على المريضى يوجد بروز أو تورم واضح في جدر الصدر في هذه الأورطى أى يحول الحافة اليسرى، لقصى يقرب المسافة الثانية بين الإصابع ويوضع اليد على البروز يحس فيه باهتزاز ونبضات واضحة موافقة لضربات القلب كأن الشخص له قلبان وإذا جز الورم بدرجة كافية بحيث تمكن القبض عليه باليد يحس فيه بحركة تدل على خصوصية واصفة تمكن الركوب عليها في التشخيص لأن النبضات يمكن مشاهدتها في الأورام الغير انوريزمية المنة توجد أمام الأورطى بحيث تندفع أمامها وتتحرك جراتها أو كما القلاد فلا يشاهد في أورام أخرى ويمكن اقتضاح حركة التمدد للعين بالطريقة الآتية وهي ان يطل الورم بحجة اللصقة ويترك فوات خطى خالى من الطلى فيرى اتساع الشق في كل حركة سيستول

ويمكن ايضا النبضات اذا لم يمكن مشاهدتها بالنظر من الامام بالطريقة الآتية وهي ان توضع العين في حذاء واحد مع مسامحة الجسم وينظر الى الصدر لما من فوق الكتف في حالة وقوف المريض أو جلوسه وأما

وأما ان ينظر الى الصدر من اسفل الى اعلا في حالة استلقاء المريض على ظهره
عولما ان يوضع السماع فوق الوريد على هيئة رافعة فترى النبضات منقطعة في
طرفه الثاني

وقد تكون النبضات في الوريد مزدوجة فالنبضة الاولى توافق السيستول
وتحصل بعد قليل وتنشأ من اندفاع الدم بقوة في جوف الأنوريزما
وأما النبضة الثانية فانها توافق تقهقر الموجة الدموية من الشرايين
الكبيرة وهي ضعيفة وليست ثابتة ويجب النفي عند الوريد والامتزاز
وبالفرق توجد الإممية تامة في جزء الوريد ويختلف الساعها طبقا
باختلاف حجم الوريد

وبالسمع يمكن الأحساس بصوت قرح ونفخ اما صوت القرح فيكون
بسيطا أو مزدوجا على حسب الاستعدادات

وتنشأ القرعة الاولى من مقدمة الموجة الدموية على جدار الأنوريزما
ولذلك توافق السيستول ويشترط لحوولها ان تكون نفخة الكليس
الأنوريزمي متسعة بحيث تقبل الموجة الدموية فيها بيسهولة ولا
تسمع القرعة المذكورة فيما عدا ذلك وأما القرعة الثانية فتنشأ من
انغلاق الصمام الأورطي وتوافق اللفظ الثاني

والنفخ ايضا يكون بسيطا أو مزدوجا على حسب الأحوال وينشأ النفخ الاول
السيستولي من مرور الموجة الدموية على برزخات سطح الأورطي ان وجدت
أو ينشأ من ضيق الأورطي للحاصل من ضغط الأنوريزما على جدرانها
ولا يسمع هذا النفخ في جميع الأحوال وأما النفخ الثاني الذي يستولي
فانه يتعلق بمرور الصمام الأورطي ان وجد وقد يسمع القرح والنفخ
ايضا بين الكليتين

وأما صغامة النفخ فلا تشاهد في أنوريزما الأورطي الصاعدة الا اذا
كان القدر قريب من الصمام فانه يؤثر على القلب كآفات الصمام الأورطي

ولكن تخفف قوة القلب عادة فيحس بغير باتها اسفل من محلها المعتاد
 ويحصل ذلك من ضغط الانوريزما وتقلها على القلب
 وما دام الانوريزما قاصرا على الوجه المقام للأورطى الصاعدة فهو أقل خطرا
 بالنسبة لغيره وربما تمديد حياة الشخص إلى عمر طويل ومع نوع زائد سريره ويؤكل
 السطام أمامه فلا تقاوم الامتلاخ ولا الفص تأثيره فينقبها ويظهر على
 هيئة ورم غير منتظم يصل حجمه إلى حجم البرتقالة أو أكبر وربما احمر الجلد
 في جذائه واسترق جدا وأما انفجار الانوريزما في الخارج فهو نادر جدا
 وإذا استروا التأثير على الجلد من زائد احمرارا وتكون فوق سطحه بقرع أو
 فقاعة تنجى وتظهر الأدمة المعراة كابية دامية وتنتهي بالانفجار
 فيحصل نزيف خفيف ولكن يمكن إيقافه عادة وينتهي الانوريزما بالانفجار
 من الباطن

وأما إذا نما الانوريزما على عيين الأورطى الصاعدة أو يسارها فإنه تنسب
 عنه مضاعفات مختلفة وقد يضغط الانوريزما على الوريد الأجوف
 العلوي فيعيق سير الدم فيه ويعقب ذلك دولى الأوردة وتمدداتها في
 الصق وجدر الصدر وقد يحصل انفصال بين الانوريزما والوريد الأجوف
 العلوي أو يتصل الانوريزما بالشريان الرئوي فيمتزج دم هذه الأوعية
 ببعضه ويعقب ذلك السانوز الأذني وإذا قرب الورم الانوريزمي
 من الأبط ربما يضغط على الوريد تحت العروق واعصاب الضعيرة الذراعية
 ويعقب ذلك أوزما وآلم عصبية في الذراع المسامتة للجهة للمصابة
 وأما إذا نما الانوريزما في الوجه الخلقى للأورطى الصاعدة فإنه يضغط على
 القصبة الهوائية أو الشعب الكبير ويصيق دخول الهواء في الرئة
 ويحدث ظهور خراخر صغرية وشخيرية في الصدر وإذا انقرعت الشعب
 ربما ينجر الانوريزما فيها ويعقب ذلك نزيف شعبي يقتل
 (انوريزما قوس الأورطى) بالنقل لمجاورة قوس الأورطى المهمة تتضاعف
 الأمراض

تضاعف الأعراض في مقدمه الانوريزم وتتفوق جدا وبالغث لوضع قوس
الأورطى المفائر يسهل الناس أودامه الانوريزمية باودام الجبال المنصف
الأخرى والأعضاء المهمة المجاورة لقوس الأورطى هي القصبة الهوائية
والشعب والمريء والأعصاب الرئوية المعدة والراجع اليسرى والفروع
والضفائر السعيا قوية والشريان الرئوي والعامود الفقري ولذلك
تكتسب الأورام الانوريزما لقوس الأورطى أهمية كبيرة وربما تكون
خطرة جدا ولو كانت صغيرة الحجم بسبب مجاورتها لطرف القصبة الهوائية
وشعبها لأنها تقبض عليها وتضيّق التنفس أو تقرحها وتخفيها ويجعل
زيف شعبه مقتل وفي العادة يسبق الزيف المفرط نفخ دموي
يرجع النفت المدغم لأن الطبقات الليفيّة المكونة لجدار الانوريزما
تمنع سيلان الدم مدة وقد يتأخر التزيف الخطر مدة سنين
وضيق التنفس يحدث من ضيق القصبة أو الشعب أو من إصابة العصب
الرئوي المعدي أو العصب الراجع ولذلك يكون عسر التنفس اما حاديا
مصحوبا بخراخر صغيرة وشخيرية ونفت دموي أو مصحوبا بهبوط
أحد الرئتين لاسيما اليسرى عقب انسداد الشعب اليسرى بالكتلة
أو يكون حجتيا متعلقا بإصابة العصب الراجع مصحوبا بنور اختناق
أو سعال قوي أو ريح واضطراب في الصوت ولو أن التأثير هنا
يقع على العصب الراجع اليسرى فقط ولا ينتقل الانصب الحنجري اليسرى
الأن للمشاهد أن أصابة أحد العصبين الراجعين تتسبب عند أعراض
الاختناق كأصابتها معا وذلك بسبب شغل العضلة الزحالية في
الحالتين كما هو كريسيير فأنها عضلة فريدة تقبل فروعها من
الراجعين وتنشأ إذا أصيب أحدهما وقد يسبق شلل العصب الراجع
تنبيه فمحدث أعراض الاختناق الشبيهة بشلخ المرمار (كريسيير)
وإذا أصيب العصب الجبال الحنجري فأنه يصحب عسر التنفس المذكور

فوتار وانقباض مؤلم في الصدر.

واذا كان مجلس الانوريزما في قوس الأورطي في النقطة المواجهة للعنق فإنه يكون أقل خطراً ربما نما وكبر وبرز على جدار الصدر في حذاء المنضروف الشافف اليساري وظهرت فيه العلامات الخاصة بالأورام الانوريزمية كالنبضات والقدد والنفخ واما اذا كان مجلس الانوريزما في قوس الأورطي بقرب الأورطي النازلة أي بجوار المامود الفقري فلا يتميز له علامات - نسبة - بتأثيره على الفقرات تتأكل وبعد ما يؤثر على اعصاب الاوراج الذقنية وتزداد ينط الانوريزما على الشريان الرئوي أو يقربه وينفتح فيه ويختلف في الموانع.

وأما عسر الأزدواد فينشأ من ضغط الانوريزما على المري ومن امهات الفروع الرئية للرئوي الممدود والعصب الراجع وقد يشاهد حصول الاناب الرئوي التقي عقب امهات العصب المخير أو الضيق الرئية والضغط على العظيم السباتي قد يسيب عنه انقباض حدة العنق اليسرى ووجود هذه العلامة مهم لأنه يوجب الشبهة في التشخيص وبينه الطبيب للبحث عن الحجاب المنصف وقد يصيب انقباض الحدة عرق مقصر على الجهة المسامنة

وتصحب انوريزما قوس الأورطي عادة الآم تختلف في اوصافها وحسبها باختلاف الاعصاب المصابة وتظهر الآلام في الغالب هو السبب في تحريض المريض على معالجة نفسه وقد تسبق الآلام بقية العلامات بمدة طويلة كالآلام بين الاضلاع وكما لفقرية عقب امهات المامود الفقري وكالآلام الطرف العلوي عقب امهات الضيق الذراعية والآم الحجاب الحاجر عقب امهات عصبه والآلام الذبجة العبدية عقب امهات الضيق القلبية وقد يصعب الكلام في الطرف العلوي ضعف رمزلات ومن المهم البحث عن البنف لأنه قد يكتسب اوصافاً مختلفة في الكبدى

الكمبره اليمنى واليسارية ولا يخفى ما في ذلك من الغائبة في التشنج حيثما
 هذا الاختلاف عادة من ثلاثة أوجه فاما ان يضيق العرق الاوريزي
 على الشريان اليساري تحت الترقوة اليسرى فيضيق قطره وأما ان تضيق
 فتحة هذا الشريان بالي ويسبب اليه داخل الكيس الاوريزي أو
 يكون الشريان تحت الترقوة ساكنا لكن تضيق عبدة الموجة الدموية
 في جوف الكيس الاوريزي ثم يسيل الدم في الشريان تحت الترقوة بدون
 نبضات سيالنا مستمرا كالماء في القناة وفي هذه الحالة تسمى التغذية
 والحرارة في الطرف العلوي اليساري كالمعتاد ولكن لا يحس بالسخن
 في مصمها أو يحس به ولكن بدرجة ضعيفة جدا وفي هذه الأحوال
 الثلاث ربما يستمر البغض طويلا في الجهة اليمنى بسبب عدم اعاقه الدورة
 في الشريان المضيق الدماغى وأما اذا كان مجلس

.....
 الاوريزيما في هذا هو الشريان فان ضعف ضربات البغض يحصل في
 الكمبره اليمنى ورسامة البغض هنا تظهر لنا الفرق بين الحالتين
 بالدقة ثم ان تأخير البغض أو ضعفه في الكمبره والسبات للجهة اليسرى
 بالنسبة لشريان الجهة اليمنى يستدل منه عابسا على وجود الاوريزيما
 في قوس الأورلى بين الشريان المضيق الدماغى وبين الشريان اليساري
 (اوريزيما الفرج النازل للأورلى) الطرف الالتهالى لقوس الأورلى وفرعها
 النازل يمر بجوار العمود الفقري وأورامها الاوريزمية فوق كل
 الفقرات والاضلاع في جذعها ولذلك يتبدل أعراضها بالألم ومن نوع
 الاعصاب بين الاضلاع المتألمة يمكن استنتاج ... مجلس الاوريزيما وأما
 وصل الضغط الى القاع الشوكى ربما تشاهد أعراضا تشبه تلك التي
 وتضيق الأورام الاوريزمية أيضا مثل الاعتناء بالجلود بالذئبة

والشعب والمرفأ ويعقب ذلك ظهور الأعراس الخاصة بهذه الأعضاء
(المدة والانتفاء والامتاز) مدة الانوريزما تختلف وهي في العادة طويلة
وقد تدوم بضع سنين ويندرأنتهاؤها بالشفاء الذاتي بالنسبة للكسبي
الانوريزمي سدا تاما بالرواسب الليغية ولا يكاد يشاهد ذلك إلا في
الانوريزما الحديث الصغير الحجم وإذا كان الانوريزما متعلقا بالانوروم
الوعائي فلا يؤمل الشفاء لأنه لو فرض ورع الانوريزما في نقطة من
الأورط فإنه يعقبه ظهور دم انوريزمي في نقطة ثانية بسبب تلف
جدار الوعاء بالانوروم

وانتفاء الانوريزما الأورطي عادة بالموت الذي يحصل عقب تمزق الكسب
الانوريزمي. وانسكاب الدم في الشعب أو الرئة أو البليورا أو التامور
الحز أو عييل الموت قبل تمزق الانوريزما بأحد المضاعفات المعتادة كالالتهاب
الرئوي النقي والالتهاب الرئوي في الأسفكسيا ومنه الشريان الرئوي
والوريد الأجوف العلوي وأما الصمام الأورطي ونحو ذلك
(التشخيص) يسهل التشخيص متى كان الانوريزما ظاهرا وعلاماته واضحة
وأما إذا كان باطنا غائرا أو كامنا فيحسب تشخيصه ويلزم سرد أعراضه
كلها واعتبارها بالقدرة والاجل عدم التباسها بأورام الحجاب المنصف ومخاطمة
عقده المتفاوتة يتذكر الطبيب أن الانوريزما نادر جدا قبل سن العشرين
وعند النساء كثير الحصول عن الفلاح والمنازع والجهاد والمصابين بالزهر
والانوروم الوعائي وإن وجد العقد اللغافية تحت الترقوة وفي الإبطين استدل
منه على الأورام الخبيثة غالبا

(المعالجة) تنبج المعالجة هنا كمعالجة عموم الانوريزما على تأخير سير الدم
في الوعاء ومساعدة تكوين الرواسب الليغية ولاجل الوصول إلى هذه
النتيجة يقتضى أن يكون الانوريزما صغيرا وفنقه ضيقة وجداره حسنة
ويلزم للمريض الفراش مطروحا على ظهره ليلا ونهارا لا يتحرك ولا يجلس بل يفعل

ما يلزمه

ما يلزمه ويتناول الاغذية وهو راقه مستريح ولا يستخدم اطرافه العليا
 ويتبع التدبير الغذاء البسيط قليل التقذية ولا يشرب الا قليلا ولا أجل
 تسهيل الراحة والحمية وتخفيف الآلام معاً على المريض تغطي له المركبات الاقوية
 والكلورال ولاجل تسهيل لمرء من السوائل تغطي له قطع صغيرة من الجليد
 او فصوص ليمونة أو كرفس الصودا الفوارق ويستعمل على ذلك مدة
 اسبوعين أو ثلاثة فإذا شوهت سرعته أو ضعف أو خفقان في النبض
 تخفف صعوبة الملحة وتغطي له الديجيتال ومتى تحسنت حالته يعود الى
 الحمية الاعلية باحتراس لمدة شهرين فإن أفادت الملحة تقل
 الآلام وتضيق ويصفى الانوريزما وتزول النبضات المرضية وبقية
 المعلومات فتح حصلت النتيجة يعود المريض الى الغذاء المعتاد تدريجاً ونصح
 له بالحركة تدريجاً ايضاً ولا يعرض نفسه بعد للجهدات

وأما اذا لم تحصل النتيجة بعد الشهرين او كان المريض مستمراً على
 شدة الملحة فيؤمر بالراحة بقدر الامكان وعدم الافراط في الأكل
 والشرب ويعطى له يودور البوتاسيوم بمقدار كبير مدة بضع اسابيع
 وفي اغلب الاحوال يحصل التحسن في حالة المريض وتخف الآلام أو يعطى
 خلاص الرصاص (٠.٥ في كل ساعتين مرة) او السين (٠.٢ في كل ساعتين
 مرة) او الايرسوجين (نصف حقنة تحت الجلد في كل يوم مرة) ولكن لم
 تحصل فائدة واضحة من هذه الأدوية

واذا كان السبب زهراً يعطى الى يودور البوتاسيوم المركبات الزينية
 ولا تقيد الديجيتال او الايرسوجين في الانوريزما الاورطي ولكن تنفع
 الديجيتال اذا انتعاش الانوريزما بأفات الصدمات ونصف القلب
 والخفقات

واذا كانت الانوريزما عظيم الحجم وخيف على المريض من انقباضه يمكن تأخير الخطو
 باعمال الفصد واستخراج مقدار قليل من الدم بقدر الضرورة بحيث لا يزيد

عن ٤٩٨
أوق في المرة ويعقب ذلك استراحة المريح وتلطيف الأعراض
عادة

وأما المعالجة الموضوعية بالحرز الأجرى البسيط والكهر بالي فإنه وإن حصلت
منه نتيجة حسنة في بعض الأحوال إلا أنه يتولد منه للخطر سرعة الوفاة في
أحوال أخرى ويحتاج إلى الممارسة والاعتدال في العمل ما ليس في أماكن
الجميع

(ثانيا في أنوريزما الأورطي البطنية)

أنوريزما الأورطي البطنية تشاهد بالأكثر في جزئها العلوي تحت الحجاب
الخارج فورا في هذا منشأ الشريان المدهى البطن الذي يصاب مع الأورطي
في آن واحد غالبا ويكون في النادر اسفل منه في هذا منشأ الشريان
المساريق ويكون استثنائيا اسفل من ذلك

والأنوريزما الكيسى هو الأكثر حصولا وأوصاف التشريحية المرضية تشبه
أوصاف أنوريزما الأورطي العبدية التي سبق شرحها

(الأسباب) أسبابه كاسباب الأنوريزما العبدية أهمها الانقباض والرجوع
والجهود والرجال عرضة له أكثر من النساء وقد يحدث من أسباب جراحية
أيضا كالصدمة ونحوها

(الأعراض) أهم أعراضه الألم الذي يشتكى منه المريض ابتداء وتختلف
أوصافه باختلاف الأحوال فتارة أصما أو ناعسا أو فوبيا وتارة يكون
موضعيًا أو منتشرًا أو محيطًا بالبطن كالحزام ويحدث من أصابة الفروع
السماقية أو من تآكل الفقرات وأصابت الأعصاب الخلفية

وأما العلامات الطبيعية فيمكن الإحساس بها إذا كان الأنوريزما في الجزء
العلوي من الأورطي بالبحث عنه في المراق الأيسر أو على يسار الخط المتوسط
فيخس فيه بالنفثات ويمكن رؤيتها بحركة السماع الذي يوضع عليه
كالرافعة كما سبق إيضاحه وإذا اصططبت النفثات بعدد الدورات تحت

اليدين

تذكر

اليد يتضح التشخيص وقد يحس بالاهتزاز ايضا وبالسمع يحس بالشفخ
المستولى قريبا رائحا
وأما اذا كان الأنوريزما بجوار الشريان المساريق فإنه يمكن الوصول اليه بسهولة
عن السابق واذا امتد الى الخلف يمكن استكشافه في القطن والاحساس فيه
بالنبضات والقذف والشفخ وقد يتسبب منه حنطة الأمعاء واحتباسها أو
الامساك للشاق

(الانتباه) ينتج الأنوريزما البطني مادة بالانفجار اما في تجويف البريتون
ريوت الشخص بخاة أو في المعدة والامعاء فيخرج الدم بالقيء أو الأسهال
ريوت الشخص بسرة أو يرتشح الدم في المنسوج الخلوي وفي هذه
الحالة قد يفقد فينسد ويجو المريض أو يستمر الترفيع ويمتد الارتشاح
حتى يهلك الشخص وقد ينفخ الأنوريزما في الوريدا الأجوف فيمتزج دم
الوعاءين ويتأخر سير الدم فالأوردة فترشح الاطراف السفلى ويحصل
الاستسقاء الرزقي

(التشخيص) يسهل التشخيص اذا حصل الاحساس بالنبضات والشفخ والقذف
جميعا وخصوصا القذف والرافض وأما النبضات والشفخ فيمكن وجودها
في غير الأنوريزما كالانيميا عند النساء وبعض الأورام التي توجد امام
الأورطي

(المعالجة) لأجل تمييز هذه الاورام يوضع المريض على الاربعة فاذا اسقط
الوهم وأمكن تحريكه ليستدل بهذا على أنه ليس أنوريزميا لأن الأنوريزما
لا يتغير وضعها وإذا سمع نفخ في هذه الفقرة الأولى والثانية القليلين تنقوى
الشبهة في الأنوريزما

ولأجل معالجة الأنوريزما البطني تتبع الطرق المذكورة في الأنوريزما الصدرية
اعنى الراحة والحمية والمسكات ويدر البول كاسيوم ويمكن هنا إضافة
الطرق الجراحية إليها كالصنط الذي يفعل اسفل الورم الأنوريزمي حال امدة

يضع ساعات لاجل إيقاف الدورة فيه واستداده بالرواسب الليفية

(الفصل الثالث في أمراض الاوعية الدموية الدائرية)

لما كان معظم امراض الاوعية متعلقا باسباب جرحية أو ظاهرة فأتت دراستها تختص بالجراحة فلنقتصر هنا على ذكر الالتهابات المتعلقة باسباب باطنية كالاوزيميا المؤلمة البيضاء والتهاب الشرايين وبعد شرح هذه الآفات نتكلم على السدد بوجه الإيجاز فنقول

(المبحث الأول في الاوزيميا المؤلمة البيضاء)

التهاب الاوردة الدائرية واستدائها تنقبها اوزيميا مؤلمة تختلف فيها درجة الارتشاح والألم باختلاف الأحوال وهذا هو المبرهن بالاوزيميا المؤلمة البيضاء

وأما التهاب الوريد الذي يصيب الاحشاء فأعراضه تتعلق وتختلط بأعراض الحشا المعصب فلا يحتاج المشرح مخصوص

(الأسباب) لا يشاهد هذا المرض ذاتيا إلا في أحوال استثنائية وهو يتعلق دائما تقريبا بأسباب مرضية عديدة أهمها السدد والبعض يزعم ان السدد تنقب الالتهاب الوريدي هنا ولكن أغلب المؤلفين وافقوا (المعلم ويرشو) في القول بأن السدد هو السبب في الالتهاب الوريدي ويشترط لحصول السدد المذكورة أسباب منها بطق الدورة وكثرة البلازما الدموية أو وجود الميكروبات في الدم وسدد الميكروبات خطر جدا لأنه يتسبب عنها تكثر الوريد وتكون سد سياحة عظيمة وسنزيد الكلام على ذلك مفصلا في شرح السدد

(التشريح المرضي) بالمبحث عن الوريد المعصب يوجد على هيئة جبل متين ومتعرج وجدير سمكة ذات مقاومة وسطحه الباطن مغطى بازرار لحمية متكونة ابتداء من منشوج جيني ومائل ليحصل فيما بعد الى حالة ليفية وتولد منه زوائد تنمو في الجلطة الدموية التي تنغدد في باطن

الوريد

الوريد وتشتها في جدران الوعاء

وموافق الدم في باطن الوريد ملحمة سددة فانها تلتصق بيه ويكون طرفها
الحاجه لمركز الدورة دقيقا ساثبا ممتصا كالتيار الدموي وربما انفصلت منه جزئيا
تسير مع الدم الوريدي وتصل الى القلب الايمن ومنه الى الرئة وبعبارة اخرى بالسدد
السيارة

وبشق السدة الدموية توجد متكونة من جملة طبقات متعشقة كالجملة الطبقات
السطحية منها محمق اللون رخوق والمركزية سنجابية ليعينة وتثبت السدد في
محلها ابتداء بواسطة امتدادها في تفرعات الوريد ثم تتصلق بعدد بواسطة
الزوائد البيضاء الناشئة من النضج الالتهابي الذي سبق ذكره وبالبحث
الميكروسكوبي عنها توجد متكونة من شبكة من الليفين محفوية على كرات
دموية حمراء وببيضا وتنتهي باحدة الاحشالات التي تسند كرها في باعند
الكلام على السدد

(الأعراض) تشاهد الاوزيما المؤلمة البيضاء مدة النفا من اليوم
الخامس الى الخامس عشر بعد الوضع وعند المصابين بالدرن أو السرطانات
في ابتداء المرض أو مدة الكاشيكيا ويكون مجلس الإصابة اوردية الاطراف
خصوصا الاطراف السفلى أو يكون في اوردية العنق وهو نادر

وتتبدى الاعراض بطريقة ضمر حسوسة فحس المريض تألم في الطرف
المصاب ثم يثبت الألم في نقطة كالاربية أو سمانة الساق في الطرف السفلي
ثم يمتد الى الطرف أو تزداد احساسية جدا وقد يكون الألم خفيفا أو شديدا
ثم يمتد الى الطرف احتقاناد واليا وتتورم الأوردة العائرة بطريقة واضحة
بحيث أنه قد يمكن الاحساس بها على هيئة جبل صلب يمكن تتبعه لمساة الأربية
وتتسر حركة الطرف جدا وقد يحصل ارتشاح في مفصل الركبة وعمما قليل
تظهر الاوزيما التي تتميز بلونها المبييض بسبب خلط الجلد من الدم وتوتره
وارتشاحه يحصل متكاثف يلا خلايا الأدمة فلا يتيسر العنظ عليه

بالأصابع ولا يعقب الضغط أثر ثابت ويصيب الأوزيما تألم زائد بسبب انقباض الغرغرات العصبية في حداثتها وهذه الأوصاف تميزها عن الأوزيما البسيطة الالتهابية والكروية والقلبية وقد يكون الأوزيما قليلة الموضوح أو تتأخر في الظهور بعد الألم بضع أيام أو بعض أسابيع فيعسر التشخيص متى ابتدأت فإنها تبتدئ غالباً بالتقدم أو الساق ثم تصعد إلى الفخذ وقد يكون ابتداءها بالعكس بالفخذ وتمتد إلى أسفل وهذا هو المشاهد بالأكثر في حمى النفاس

(السير والانتهاه) أوزيما حمى النفاس تأخذ في العنين بعد مضي ثلاثة أسابيع وأما أوزيما المدن والسرطان فإنها تستمر مدة مطيلة وقد تصيب الأوزيما المولدة الأطراف الأربعة على التساقب وإذا انصرفت بقي تألم للربيع بعدها ولا يمكن استعمال طرفه مدة بضع أشهر أو سنين وإذا اجتهد في الرأبضة القوية ربما تخلص الأوزيما عنده ثانياً ويسبق النيج الحلو حتى تجلث في حالة تكاثف واضح مدة لانهاية لها ولا تنتهي الأوزيما المولدة بعنقها الطرف المصاب عالم يمتد التهاب إلى الشريان المجاور ولكنها تخرج من الربيع للسدد السائرة وأخطارها

(التشخيص) تشخيص الأوزيما البيضاء المولدة سهل عادة باعتبار الألم وأوصاف الارتشاح ولا يتعسر إلا في الأحوال التي يكون فيها الارتشاح قليل الموضوح وقد يهلك المريض بالسدد السائرة قبل تحقيق التشخيص وظهور الأوزيما المولدة عند شخص مشبه فيه بأفة سرطان في المعدة مثلاً وما يستدل منه على تشخيصه (المعللة) لا يلزم استعمال الدلك في الأوزيما المولدة خوفاً من تجزئة السدة الذاتية وتولد السدد السائرة منها ويمكن استعمال المروخ أنسكن بدون ذلك وينتفخ الطرف طبقة من القطن لأجل استراحة المريض (المبحث الثاني في التهاب الشرايين)

التهاب الشرايين إما أن يكون جريحاً أو عفناً أو أثيرومياً أو أسكليروزياً

(أولا في الالتهاب الشرياني الجرحي والعفن)

(الاسباب والتشريح المرضي) الالتهاب الشرياني الجرحي يغفل الجراحة ما لم يكن متولدا من اسباب باطنية كالنقرحات الحشوية والسدد والاجسام الغريبة التي تدخل الى تجويف الشرايين وتجيها

أما النقرحات الحشوية فانها تؤثر على الفريجات الشريانية من وجهين الاول ان يشاعنها التهاب جدر الشريان فتتقشر وترشح بالافرازات الالتهابية التي توجب سماكتها وضيق قطر الوعاء وانقصاد الدم في تجويفه فيفسد ويسبيل الى هيئة جل ليفي لولا ما كل بعدها وانتفكت لا يحصل من اصلية اترقة الثاني ان تؤثر القرحة على الشريان وتؤكله من الظاهر الى الباطن قبل تمام انقصاد الدم فيه وانسداده فتزجر جدره فلا تقاوم دفع الموجة الدموية عليها فتتقدم ويصاب الوعاء بالانوريزما ثم اذا تمزقت جدر الانوريزما المذكورة فانه يحصل نزيف خطري او ميت وهذا هو المشاهد في قروح المعدة وفي الكهوف الدرينية الرئوية مثلا

وأما السدد والاجسام الغريبة فانها انا وصلت الى تجويف الشريان بجرحه ويتسبب عنها الالتهاب الشرياني البسيط او العفن والالتهاب الشرياني العفن يشاهد في سير الامراض العضة كالحبيات الطخية والتيفودية والنقاسية والحبيات المنقطعة والدفتيريا وفي الرومانسم والدرن والزهرى

أما الالتهاب الشرياني الدرني والزهرى فقد سبق شرحه في العموميات وفي الدرن الربوي فليراجع وأما الالتهاب الشرياني المستأق بالامراض العضة الأخرى فانه يتولد في غالب الفن من تأثير الميكروبات أو افرازاتها السامة وهوليجبه الالتهاب الالتهابي وآفاته وممكنه يتميز بعدم انتشاره في الشرايين

فيضعف في بعضها فقط باستساع كبير أو صغير وبالاجت من الشرايين المعالجة بالالتهاب يوجد سطحها الباطن غشقا محمرا

فأقارن المعانة وغير مستوي وفيه بروزات وانبعاجات شبيهة بأثر البثورات الجلدية
 وتسطحها الظاهر محققا وأوعته متعوجة وممتلئة بالدم وجدرها سميكلة
 ومرشحة بالمعد والأكوات البيضاء وإذا كان الشريان صغيرا تشاهد
 هذه الاعراض واضحة بواسطة الميكروسكوب وقد يكون الالتهاب قاصرا على
 جزء من جدار الوعاء فيقال له الالتهاب الشرياني الجزئي وفي الغالب يكون الالتهاب
 عاما لمحيط الشريان وإذا كان قطر الشريان صغيرا فإن البروزات التي تتكون على
 سطحه الباطن توجب ضيقه وانسداده وهذا هو المعبر عنه بالالتهاب
 الشرياني السداد ويتسبب عنه وقوف الدورة في الشرايين الدائرية عالم يحل
 محل الشريان المفسد تغيرات جارية كافية

وقد يقتصر الالتهاب على الطبقة الباطنة للشريان أو على الطبقة الظاهرة فيقال
 له الالتهاب الشرياني الباطني أو الظاهري وهذا هو الأكثر حصولا في الالتهاب
 الاثريومي والاسكليروزي

والاعراض والانتفاء تختلف أعراض الالتهاب الشرياني باختلاف مجلسه فالتأثر
 الأولي الذي يشاهد في الجدرى والحى انفجاسية والأكاديمية تنسب عنه
 أعراضه الخاصة أو تحت حادة وقد سبق شرحها وأما التهاب الشرايين الدائرية
 في الأطراف الذي يشاهد في الحمى التيفودية مثلا فإنه يتميز بالأحاساس بالم حاد
 على مسير الشريان يثور بالضيق عليه وبالحركة ويصعبه ضعف النبض أو
 فقده وبرودة الطرف وفقد الحس فيه واكتسابه لونا سائيا نازيا وبالحس
 بحس بالشريان المصاب على هيئة جل صلب وإذا كان الانسداد تاما ولم تتم
 الدورة الجارية يقع الطرف في الشترتيا المباشرة عادة أو في الشترتيا الوطية وضعف
 الاحيان وإذا لم يقبل الاعراض الى هذه الدرجة ربما تقود الدورة في الشريان
 ويحس فيه بالنبض شيئا فشيئا ويؤثر في توتر الجبل ويفقد السيارت الجدرى
 تقريرا ولكن فوغل المريض مجهودا قوية ربما تنال الاعراض ثانيا وتعمل
 أو ربما - مرة في الطرف

وأما التهاب الشرايين الدقيقة الذي يشاهد في الحمى التيفودية والنزهرى
مثلا فإنه ينتسب عنه أعراض تختلف باختلاف الأعضاء المصابة كالدماغ
والقاع الشوكي والرمز والكلى والقلب والمضلات ونحوها
(المعلجة) بجراح التهاب الشرايين الجرحى والعفن بالفضة الموضوعة والمراهم الزبقية
والضمادات والنج مع استراحة الطرف ومراعاة الحمية وقطع من الباطن المسببات
والملينات ويؤدور البوتاسيوم وإذا كان الالتهاب زمرا فتعمل للمعالجة النوعية
وتختلف معالجة التهاب الشرايين الحشوية باختلاف الأحشاء كما هو مذكور
في شرحها

(ثانيا في التهاب الشرايين الأنيروم والأسكليروز)

أنيروم الشرايين وأسكليروزها هي ظواهر التهابية تشاهد عادة في المجموع
الشرايين الشعرية وربما امتدت إلى الشرايين الغليظة أيضا وبالتقليل لظهورها
عقب تسم الدم بالكحول والرماس مثلا يسبب عنها بعضهم بالالتهاب الشرايين
التسمي

(الأسباب) يشاهد التهاب الأنيروم والأسكليروز في الغالب عند
الأشخاص المتقدمين في السن ومن الأسباب التي تساعد على حصوله الإدمان
على الخمر والتسم بالرماس والفسفور والقرص والروما يتسم والنزهرى
والديابيطس السكري

(التشريح المرضي) التهاب الأنيروم والأسكليروز كالتهاب العفن للأوعية
والدرفي والنزهرى يكون بجلسه الغشاء الباطن أو الظاهر أوهما معا فإذا
كان بجلسه الغشاء الباطن ينفذ بظهور الاحتقان الوعائي الشعري الذي
يعقبه تكون بقع مصفرة بوقية الشكل في حجم العدسة أو أصغر منها
جدا متكونة من جيبات دسمة تسيل من البقعة بسهولة إذا انشقت وتتم
تلك البقع بالامتصاص وتعقبها رواسب طليعية صلبة فإذا كثرت البقع
الدسمة في جدر الوعاء واحتلقت ببعضها يعقبها تيبس ومداومة غفيرة

أو عظيمة جهرية ربما تم جدر الوعاء في امتداد كبير وتسمى هذه الحالة بالانزوم
 الأوعية أو تنظيها بحسب درجة الالتهاب وعواقبه ويتسبب عنها فقد مرونة
 الوعاء وسهولة تفرقه وتقدره الانوريزم وخشونة السطح الباطن الموحجة
 لانفعاد الدم في جداره وتكون السدد وأما إذا كان مجلس الالتهاب
 النساء الظاهر للأوعية فإنه يستدعي بالاحتقان وتدد الأوعية الشعرية
 وارتشاح الجدر بالنفخ الالتهابي وسماكتها وبروزها في السطح الباطن للوعاء
 فتترك الطبقة الباطنة والالتهاب وتقد العروقات في دائرة الأنسجة الواسعة
 فيضيق قطرها وتنتهي بأنها تسد وتلتحم ببعضها وتستولي الاستحالة البقيية
 على النقطة المصابة وتخل الوعاء إلى أجل ليق وهذا هو المعبر عنه بالسكليروز
 الأوعية

ويشاهد الانزوم والاسكليروز الوعائي نازح بالانفراد وتارة مجتمعين
 كما يشاهد ذلك في أوعية الدورة الكبرى عادة ويكون سيرهما بطيئاً ويتسلطن
 الانزوم غالباً في الأوعية الكبيرة والاسكليروز في الأوعية الدقيقة
 وتنشأ عنها بؤرات التهابية في الأحياء تشغل مركز الوعاء المصاب أو
 يكون الوعاء المصاب ببعيداً عنها

(الأعراض والعواقب) أعراض انزوم واسكليروز الأوعية على نوعين
 أعراض متعلقة بالأوعية المصابة وأعراض متعلقة بالأحياء المتوزعة فيها
 تلك الأوعية فاما الأعراض المتعلقة بالأوعية فهي توترها وأعوجاجها
 وزيادة الامتلاء الدموي فيها الذي يمكن تمييزه برسامة النض (خط
 السمود قائم والقيمة عرضية مبطنة وخط القول منروج) وزيادة قوة
 اللغات القلبية التي تكتب صوتاً رناناً ومضاعفها بالمغور فوراً والتعق
 في الأطراف

وأما الأعراض المتعلقة بالأحياء فهي من جهة الدماغ الدوار والدوخة
 وضعف الحافظة والافازيا والشلل النصفي وضعف العقل الذي قد
 يعمل

يصل الى درجة الخلل والجنون ومن جهة الصدر الخفقان وضخامة القلب
والذبجة الصدرية وعسر التنفس المؤن ومن جهة الجهاز الهضمي فقد الشبهة
وعسر العضم ومن جهة الجهاز البولي اعراض ذوات برات
ومثي تقدم الانثروبوم والاسكليروز في الاوعية يمكن مشاهدة العوارض
الخطرة التي تعقب الانزفة والسدد الشعيرية التي تنشأ من فساد الاوعية
(المعالجة) تنبئ المعالجة على التدبير الغذائي اللين ولابد من تجنب
من الباطن وتعالج الامراض الاصلية كالنقرس والروماتيزم والديابيطس والزهري
(المبحث الثالث في السدد الدموية)

اسم السدد يطلق على انعقاد ليفين الدم في باطن الاوعية الدموية والقلب
وهو على نوعين سدد ذاتية وسدد سيار فاما السدد الذاتية فالمراد بها
الانعقادات الليفية التي تكون في باطن الاوعية وتسمى ثابتة في عملها
واما السدد السيار فمرادها الانعقادات الليفية التي يترجها الدم من
محل منشأها ويبعداها حتى يوصلها الى دعاء اصغر حجما منها فتزدحم فيه
وتسد

(الاسباب) تنوعت الاراء في تفسير تكون السدد والظاهر انها تحتاج
في تكوينها الى شروط مختلفة منها زيادة البلاسمن الدموي الذي بانعقاده
يكون الليفين ومنها بطور سير الدم أو وجود بعض الميكروبات العفنة فيه
ومنها الآفات الموضعية للقلب والاوعية الدموية
أما زيادة بلاسمن الدم فتشاهد في الخلوروز والكاشيكيات السرطانية
والدرنية وفي النفاس والنقرس والديابيطس وبعض الحميات
واما بطور سير الدم فيشاهد ايضا في الكاشيكيات والاييميا والحميات
الثقيلة وفي هاريزيا القلب واستحالة الشحمية والليفية ووقوف
السيستول وعقب مواعيد الدورة الموضعية كالضغط الذي يحصل من
رأس الجنين في الحمل والوضيع أو من الصفاقات على الاوردة المجاورة

وأما الآفات الموضعية فأنها تقرب الغشاء الباطن للقلب والأوعية وتزيل ملامسته الطبيعية فيصير خشناً أو تتكون فيه بروزات أو تنفصل بشرة أو يتقشر فينقل الدم في هذه النقطة المصابة وتشاهد هذه الآفات في الأوردة وما الوعائ والالتهابات خصوصاً الالتهاب الحاد العفنى القرحى للقلب والأوعية الذي يحدث من وجود الكرويات في الدم وتسمى السدة وهذه الحالة بالسدة البكتيرية وهي الأشد خطراً من الجميع وتشاهد في الامتصاص العفنى والحمى التيفودية وحتى النقاس مثلاً

(التشرح المرضي) تتكون الانغدادات البغية إما في القلب أو الشرايين أو الأوردة الصغيرة أو الكبيرة وتبقى ثابتة في محلها أو تنفصل أو تقترن أو تسير قطعاً مع التيار الدموي في الأوردة تنقب السدد نحو الأجوف ومنه إلى البطن الأيمن للقلب ثم تنتهي في الرئة وتسد أوعيتها ومن البطن الأيسر والشرايين الكبيرة تنقب السدد نحو الأوعية الشعرية للأعضاء والجلا أو الأغشية المعوية وتسدها وتغصب السدد آفات موضعية سابقة لها أو متبعية عنها ولذا يلزم اعتبار ذات السدة وذكر الآفات المصاحبة لها على حدة

أما السدة فأنها تكون من شبكة من ليفين الدم وبعض الكرات الحمراء التي توجد بالأكثر بقرب سطحها وبعض الكرات البيضاء التي تتكون بالأكثر بقرب مركزها وتتميز بهذه الأوصاف عن الجلط الدموية الصغرى التي تتكون في الأوردة بعد الموت فأنها متكونة من طبقتين عليا وسفلى فالعليا بالنسبة لموضع الجثة تكون مبيضة ومتكونة من الليفين والسفلى تكون مسمرة مخمرة ومتكونة من الكرات الدموية الحمراء التي ترسب لثقلها وهذه الجلط تكون صغرى جداً من قطر الوريد كأنها ساجحة فيه ومتى تكونت السدة في باطن الأوعية فأنها تملأ تجويفها عامة أو تسد وتلتصق

وتلتصق بجدران وسيق طرف السدة الملاصق للدم اما كالا اودقيقا خطيبيا
تضربه الموجة الدموية وربما تجزئه وتزج الاجزاء التي تنفصل منه لتكون
السدة السيار

وانا شقت السدة بالمرض فوجدت مكونة من عدة طبقات متراخلة غير منتظمة
كالصلابة الطبقات السطحية منها حمرة رخوة والطبقات المركزية سنجابية
ليفية وسبب هذا الاستعداد البصل هو ان الانشقاق الذي يمتد في
باطن الوعاء يكون رخوا ثم يتكثف في بعض حجه ويتكامل بسوب طبقة جديدة
من الليفين على سطحه ويستقر انكماش الليفين الاكثم ورسوب ليفين جديد
على سطحه فتكتب السدة استعدادها البصل

ومما تكونت السدة في باطن الأوعية تكون عرضة لثلاثة احوال فانها
لما ان تيجأ أو تترجح وتنفصل من جدرانها وتكون سببا لقول السدة السيار
ولما ان تلتصق بجدار الوعاء الدموي بواسطة افوازال التهاب التي تكون
في الغشاء الباطن للوعاء المسد فتختل السدة بالنسيج الظهوي للوعاء الحديث
التكوين وتتحيل الى الحالة الليفية بحيث تسد باطن الوعاء سدا تاما صلبا
ويحيل الوعاء في حداثها الى جبل ليق ولما ان يفسد مركز السدة بالاستحالة
الشحمية الجيبية فتطرح ويلين وينفعل ويعقبه ثقب في السدة يمكن
مرور الدم فيه ورجوع الدورة وما بقى من السدة حينئذ يتيسر ويلتحم
جدار الوعاء وكان القدماء يظنون ان هذه الاستحالة الشحمية
تتبع وعاء أو التهاب قديم وقد ثبت الان ان الالتهاب القديم لا يشاهد
الا في احوال محضومة ولا دخل له في الاستحالة الشحمية للسدة المذكورة
هنا

واما الآفات الموضعية التي تعقب السدة فهي الالتهابات الوريدية
والشرائية التي قد تكون اصلية وهي السبب في تكوين السدة الدموية
في الوعاء أو تكون تاصية لظهور السدة داخل الوعاء بأي سبب كان

ويساعد التهاب على التقاق السدة والخامها واستحالتها الهيفية كما رخصناه
 آنفاً وأما إذا كان الالتهاب تقيحياً فإنه في الخالب يوجب التقاق جدر الوعاء
 ببعضها وتتكون بورة محدودة تنتهي بالخراج وفي أحوال أخرى لاسيما إذا
 كان الالتهاب متعلقاً بسبب عفني ميكروبي فإن العديد المتكون يفرغه
 المصار الدموي ويعقب ذلك ظهور عوارض الامتصاص من العبيدي والشم
 العفن وآفات الحشوية العديدة

(الاعراض والمواقف) خلاف الاعراض الموضعية الالتهابية تظهر أعراض
 مختلفة باختلاف مجلس السدة الدموية

فإذا كان مجلس السدة في وريد وانسد بها تشاهد أعراض الأوريميا
 البضيا للوثة التي تشاهد غالباً في الأطراف السفلى عقب الحالة التنفسية
 أو الكاشيكسيا ويحتمل أن تتولد السدة السيارة منها لاسيما إذا كانت
 الوريد المنسد كبيراً كالفخذ والرقفي لأن السدة هنا تستمر مع الدم الوريدي
 في الرئة

وإذا كان مجلس السدة في شريان وانسد بها فإن أعراض الغشائية الجافة
 التي يمكن مشاهدتها في الأطراف تشاهد في الفروع الانتهاية للشريان
 وإذا كان مجلس السدة في الاوعية الشعرية فالاحشاء كالرئة والمخ
 والكبد والكلا والطحال فإنه ينسب عنها ظهور أعراض بورات اللين
 والنيكروز لتلك الاحشاء ويميز عنها بالانفركتوس وربما تنتهي تلك
 البورات بالشفا وهي نادرون ولا خطر لها إذا كانت السدة بأكثرية عضة
 كما يشاهد ذلك في الالتهاب العفن القرحي للغشاء الباطن للقلب مثلاً
 (باب في أورام الحجاب المنصف)

الحجاب المنصف منقسم الى قسمين أمامي وخلفي
 فأما الحجاب المنصف الأمامي فإنه يمتد بطول الوجه المقدم للصدر وشكله
 هرمي مثلثة قمتها خلف العنق وجانباه يتكونان من البليورا وقاعدته من
 أعلا

اعلا تتكون من الأورطى الصاعدة والبلعوم ومن أسفل من الرئء وحده وبحق
على التامور المتد من الزائدة الحنجرية الى الجزء العلوى من القص ويمتد الى
اليسار في حذاء المسافة الرابعة بين الامتلاخ الى ٨ او ١٠ سنتيمتر بعيدا
عن الخط المتوسط للقص والى اليمين من ٤ الى ٥ سنتيمتر من هذا الخط
والقلب الممتد الى اليسار بقدر ١٠ سنتيمتر بعيدا عن الخط المتوسط للقص
وقته تصل الى المسافة الخامسة بين الامتلاخ وقوس الأورطى الذى يكون
في حذاء الجزء العلوى للقص ويقبل في تقعين الضخيرة القلبية وعلى يمينه
الشريان الاا اسم له والوريد الاجوف العلوى وعلى يسار الشريان السباتى
وتحت الترقوة والعصب الرئوى الممدى والرابع والحجاب الحاجز ويوجد
خلف هذه الاعضاء الساق الرئوى المتكون من الشعب والشرايين والأوردة
الرئوية

وأما الحجاب المنصف الخلقى فإنه يمتد بطول القسم العلوى للعمود الفقرى
ويحتوى من الأمام والاملى على طرف القصبة وشعبتها ومن الأمام والأسفل
على التامور ومن الخلف على الأورطى النازلة والرئء والوريدى الأريجوس
على جانبيه العمود الفقرى والقناة الصدرية بينها وفروع العظم السباتية
والرئوى الممدى التخطيط بالمرى والعقد اللفافية التى توجد حول القصبة
والشعبتين الكبيرتين وقبل أوعيتها اللفافية من البلورا والزئمة والقصبة
والشعب والقلب والتامور وجدر الصدر

وجميع هذه الاعضاء توجد في الحجاب المنصف محاطة بمنسوج خلوى ومنسوج
شحمى لأجل وقايتها ومنع الاحتكاك بينها
وأورام الحجاب المنصف عديدة ومتنوعة وتختلف عن بعضها في منشأ وتركيبها
وسورها وانتهائها ولكن اعراضها الاكليليكية وعلاماتها الطبيعية متشابهة
ولا يثير الفرق بينها مدة الحياة ولذلك يمكن شرحها على وجه الإجمال
(النشيج المرضى) أورام الحجاب المنصف تشغل أورام العقد اللفافية

وأورام الميوس واورديزما الأورطى والكزابت وسرطان المرء وتختلف أورام
العقد المتفاوتة باختلاف أسبابها فتكون متعلقة بالمهايات بسيطة كالانتهاب
الرئوى والشعبي القزلى او الحصى والسعال الديكى والقزلى الواضى ونحوها
وفى هذه الحالة تكون العقد متفخة حمراء وقد تقبل الحجم كبير مخصوصا
عند الاطفال أو تلتهم وتصبى متكبدة أو تنتهى بالتعيج وتكون خراجات
حقيقية

أو تكون العقد ددنية تابعة لدن الرئة خصوصا عند الأطفال ويمكن
مشاهدة الارتشاح الددى فيها واستحالة المختلفة والحقن واللين وأما
العقد السرطانية فأنها تتبع اللقاديوم اوسرطان الرئة وتكتب فى الغالب
حجا كبيرا وتمتد الى الاعضاء المجاورة وتصبى حتى تملأ الحجاب المصنف لحيانا
وتمتد بعيدا عنه وتجويف الصدر وتصبى القلب والرئة والأوعية والأعضاء
وقد تكون العقد متعلقة بالهوسيا أو الداء المتنازيرى وتكتب ايضا حجا كبيرا
جدا

وقد تشاهد فى الحجاب المصنف اورام صمغية زهرية واكياس ايدائية أو آدمية
مخوية على شعر واسنان وعظام ودهن أو شعير غزير
وقد تقبل اورام الحجاب المصنف الحجم كبير جدا وقد تشوه فى حالة بلوغ فيها
الورم المورثة عشرة ارطال وكان سمكه من سبعة قواريط الى عشرة
(الأعراض) اعراض اورام الحجاب المصنف تنشأ عن تأثيرها على الاعضاء المجاورة
بالضغط أو الجذب أو التهيج والالتهاب الثانى وهما الاعراض المتعلقة بالجهاز
الدورى والتنفسى والاعصاب والعلامات الطبيعية الخمسة كفى فيما بعد
اما الجهاز الدورى فقد يشاهد فيه تحول القلب الى اسفل وإلى الامام على حسب
مجلس الورم وقد يكون حجم الاورام كبيرا بحيث تملأ الحجاب المصنف وتدفع القلب والكبد
والطحال أمامها ويحدث من الاورام عادة ضغط الأوعية والشرايين فتقوم الضغط
خاليا وأما الاوردة فتصاب بسهولة كالأنجوف العلوى والمعدن الدماغى
والاينجوس

والانجيوس والاجوف السفلى ويقتب ضغط العلوي احاطة بدورة الوريدية
 أو عدم وصول الدم بواسطة الخلاذين الاين فتعده الأوردة في الرأس والأطراف
 العليا والجزء العلوي من الصدر وتكتسب الاوردة تحت الجلد جميعا كمية يبلغ حجم
 الاصبع الصغير وتظهر على هيئة شبكة مزرقة في الكتف والصدر والذراع
 ويقتدر الوريد الوداجي وتم الدورة الجافية بواسطة الثغرات السطحية والفائقة
 التي توصل فروع الاجوف العلوي بفروع الاجوف السفلى أو بواسطة الانجيوس
 والثغرات التي تتم الدورة الجافية هي ثغرات الوريد من الانجيوس لا اذا كانت
 مسددة فلا تساعدها حيث في الدورة التي تتم بالأوردة الأنف كالاوردة بين
 الاضلاع والثدي الباطن والشراسيفي وتحت الجلد البطنية والرجل الحرقف
 وينشأ من هذا الاستعداد لتوجه الدم في اوردة الاجوف العلوي من املا الى
 اسفل بضد التيار الطبيعي ولأجل اثبات ذلك يضغط بالأصبع على مرفوع
 وريد حتى يفرغ من الدم فيرى امتلاؤه ثانيا من اعلا الى اسفل أو يربط الجذع
 حلقيا بنحو قيطان فترى الاوردة اعلا القيطان ممتدة والاوردة اسفله تتفرغ
 من دمها

ويمكن الاستدلال ايضا على اتجاه الدم في الاوردة بهيئتها الزجاجية او المستقيمة
 لانه من المشاهد ان الدم اذا توجه بعكس سيره للصاد في الاوردة فيبقى العمائم
 الوريدية سيور فيتعوج الوريد تحت ضغط التيار ولذلك توجد أوردة
 الاجوف العلوي الصدرية والظهرية متعوجة زجراجية اذا كان جزمها مسددا
 وتسمى أوردة الاجوف السفلى والبطن مستقيمة ويشاهد العكس لو انسدت
 الاجوف السفلى دون العلوي

هذا اذا تمت الدورة الجافية بانتظام بدرجة كافية واما اذا لم تكن فان الأوردة
 الشعرية تحقن وتسبب عنها اوزيما الابداء واستفاح الوجه والشفتين واكتسابها
 اللون الأحمر أو غور غوريا غامقا وتحقن للثمة أو يحصل رفاف متكرر ويشتكى
 المريض بالصداع واضطراب الحواس وبقيّة امراض الاحتقان الدماغى

وإذا حصل الضغط على الوريد تحت الترقوة أو على الوريد العضدي الدماغي
بعض النض أو لا يحس به في الجهة المصابة

وإذا حصل الضغط على الشريان الرئوي لا يحصل اضطراب في دورته إلا إذا كانت
الضغط كافياً لأن تجويف الشريان الرئوي كبير بالنسبة لمقدار الدم للآر
فيه ولا يتأثر من الضغط الخفيف وأما يتقح في بعض الأحيان وينتقب ويعقب
ذلك تزييف قاتل

وإذا وصل الدم إلى الشامور فإنه يلحق به أو يتسبب عنه التهاب الشامور الذي
يصطب غالباً انكساب دموي ويكون أغشية ليفية أو انسكاباً صديدياً
وأما الأورطى فإنها تقاوم تأثير أورام الحجاب المنضفة عادة
والجهاز التنفسي يتأثر غالباً من تأثير الأورام في الحجاب المنضف فأما أن تضغط
على القصة وشعبتها لاسيما الشعبة اليسرى ويعقب ذلك عسر التنفسي
وبقية الأعراض المتعلقة بهذه الآفة مع النقص الدموي الذي يشاهده
في بعض الأحوال وأما أن يحصل الضغط على نفس الرئة أو يحصل التهاب بلون
بصحبه في الغالب انكساب دموي أو صديدي

وأما الأعصاب التي هي الرئوي المعدة والرابع والحجاب الحاجز والسحابوي
وفروعها فإنها إما أن يحصل فيها نعيم أو التهاب أو تنلف بالكلية من تأثير
الأورام عليها ويعقب ذلك ظهور الأعراض المتعلقة بهذه الآفة لعسر
التنفس وتشنج الرهبر والاختناق المؤق والسعال الشعبوي واضطراب
الصوت والالام المختلفة التي قد تكتب أوصاف الذبحة الصديدية والام
الحجاب الحاجز وانقباض الحديقة وبقية المواضع التي سبق شرحها في
أفوديز ما قوس الأورطى

وأما المريء فإنه إما أن يكون نفسه مصاباً بالسرطان أو تضغط عليه
الأورام المجاورة له ويحصل عسر في الإزدراء أو يتقح وينتقب
ولا تنقب أورام الحجاب المنضف أعراض عامة ولا تشاهد الحمى إلا نادراً

ويتمتع

ويتبع المعنى مرة بظواهر العجمة ولا تحصل الخافضة والكاشية كسيا الا في احوال
استثنائية لأن المعنى يهلك قبل ان يصل الى هذه الدرجة بالعوارض المتعلقة بمجاورة
الأورام

وأما العلامات الطبيعية فتستأمن من نمو الأورام ومنعها على الرئة والمسالك
الهوائية فقد كتبت الأورام حججاً كبيرة اجد احق تمتد في القسم خلف القص وعلى
جوان الصدر وتضغط على الاضلاع وتساعى المسافات بينها وتقيح حركاتها
أو تبرز خلف الترقوة وفي المسافات بين الاضلاع أو فوق كل الاضلاع والقص
وتظهر الى الخارج كما نرى في الأورطى وقد عيس فيها نبضات ولكن لا تشاهد
فيه حركة التقدم السيستوى الواصف للأورام وفي احوال اخرى
يتكفى الورم ويضم ويحبب القلب والرئة وجدار الصدر بخم وإذا كانت
طبيعة الورم سرطانية يصعب استفاخ المقعد المتفاوتة تحت الابط وتحت
الترقوة وينسب من هذه الأحوال تشوع وبروزا واختصاص في القصر العبدري
وبالقصر توجد أصمية واضحة وقسم القص يختلف امتدادها باختلاف حجم
الأورام وقد تمتد الأصمية على الوجه المقدم للصدر بتمامه وبين اللوجين
وقد يكون الصدر أصما من أحد جوانبه من القمة للقاعدة وتعب الأصمية
مقاومة تحت الأصبع حيث تشبه الحالة بالانسكاب البليوراوى وتقل علة
البذل غلظا فلاجل تجب ذلك ترسم الأصمية بالقلم فإذا زادت حدودها
عن حدود البليورا يعلم انها ليست متعلقة بالانسكاب ولكن ينقص التخفيف
إذا نسب عن الأورام القهاب بليوراوى وانسكاب خفيف يخرج بالذلو يكون
الانسكاب البليوراوى المتعلق بالأورام محملا غالبا كالدماغ الفاسد
أو أحمر مسما

وبالسمع قد يوجد النفس الشخير المتعلق بضغط الشعب والحجرة أو قد
لغزير الحويصل المتعلق باستداد الشعب أو ضغط الرئة وببقية علامات
المضاعفات التنفسية وأما نفس الأورام فليس لها أوصاف خاصة تسمع

(التشخيص) تشخيص أورام الحجاب المنصف صعب متى كانت أعراضه غير
تامة وتحصل الشبهة بوجود أحد أعراضه المنفردة كغثيق الحديقة وعسر
التفسر النوبي واضطراب الصوت والسعال التشنجي المزني والآلام خلف
القص أو الذبجة الصدرية والاصمية في قسم القص ولكن متى كثرت الأعراض
وظهرت العلامات التمسق شرحها ليسهل التشخيص ولا تلبس بالأورام الرئوية
ولا بالانسكابات المليوراوية

وأما تشخيص فوج الورم فيتعذر في أغلب الأحوال ويمتاز الانوريزما الأورلي
ببعضاته ونفحة ومقدرة السيستول عند المتعرضين للجهودات وتدرته قبل
سن العشرين والأورام النفاوية اللوسمية تصحبها عقد ليفاوية أخرى
في الأربية والصق والابط أو تمدد في الطحال وأوصاف مخفومة في الدم
والأورام الدرقية تصحبها وجود الدرن الرئوي عادة والأورام السلطانية
يصحبها تمدد في العقد تحت الترقوة والأورام الصغوية الزهرية تصحبها عوارض
زهرية في الجلد والخلق إلى غير ذلك

(الإنذار) الإنذار خطر جدا لأن أورام الحجاب المنصف تفوت تدريجا وتؤدي
إلى الهلاك وخطرها في إصابة الجهاز التنفسي والدوري وخصوصا في إصابة
الأعصاب التي هي الرئوي المعدي والراجع وربما هلك الشخص بالأعما أو الاحتناق
بجأة

(المعالجة) لا يؤمل في المعالجة إلا في الأحوال النادرة المتعلقة بالزهرى التي
تستدعى استعمال بودور البوتاسيوم والكميات الزينية ويمكن استعمال
هذه الأدوية أو الكميات الزينية في معظم الأحوال الأخرى وتعالج الأعراض
والعوارض بما يوافقها ويتلطف الاختناق الوريدي بالحمامة الموضعية
أو بالفصد الوريدي ويخفف الألم بالحزول أو الكاريق والمسكنات ويسالج
السعال للقلب بالمسكنات والكميات الاستيقونية

× باب في امراض الجهاز العضوي ×

أمراض الجهاز العضوي أكثر تنوعاً من أمراض الجهاز التنفسي والدردي فبعضها يتعلق بالحركات العفنة والمتقطعة والبعض بالأمراض العصبية والأمراض النوعية والبعض يكون موضعياً أو وظيفياً فقط

× الفصل الأول في أمراض الفم ×

× المبحث الأول في التهاب اللسان المخاطي للفم ×

التهاب اللسان المخاطي للفم إما أن يكون بسيطاً تريباً أو مصحوباً بطغ مرئسي أو انقصاد فطلي أو يكون قفحياً لبياً أو غنغريناً أو يكون متعلقاً بالأنف والحنجرة أو يكون ناشئاً من التسمم الزئبقي إلى غير ذلك أما الالتهاب المزمن فيستدرك عند الكلام على التسمم بالزئبق والالتهاب الحاد فيستدرك أيضاً مع أمراض الحلق لأجل عدم التكرار وما بقى نذكره هنا قسماً

(أولاً في الالتهاب الحاد المزمن)

الالتهاب المزمن للفم إما أن يكون عاماً أو محدوداً أصلياً أو تابعياً حاداً أو مزمناً

(الأسباب) الالتهاب المزمن كثير الحصول ويشاهد في جميع الأعمار والأماكن يحدث من المبهجات الموضعية كمناطي المشروبات والأطعمة الساخنة أو الحارة والأقراط والبهارات وشرب الدخان والمشروبات الروحية ويعود عند الرضع من مجهود الرضاعة متى كان الثدي جافاً أو من عدم نظافة الفم وتخمير بقايا اللبن فيه أو من الأقراط في ذلك الفم مدة تطهيره أو من إعطاء الطفل أعذية صلبة قبل الأوان أو من التسنين وكذلك خروج أضراس العقل قد يحدث التهاب الفم وكذا تسوس الأسنان وتراكم طريرها والأسنان الصناعية وتؤخذ ذلك

ومن الجواهر الدوائية ما يحدث التهاب الفم كالفوسفات البوديني والزئبقية والزئبقية والمهيجات والكوايات على العموم

وأما تركة الفم التابعة فأنها تسقط ما بالآلتها بات الجاوية كالتهاب البلعوم
والحفر الانفية أو تصب آفات المعدة واضطراب الهضم والأسساك أو ترتبط
بالأمراض العامة كالحميات والحمة والدرن الرئوي والزهرى والملايطيس
وقد تشاهد في الملورود والأنيميا وأحيانا تحدث من عاقلة الدورة القويديّة
الناشئة من أمراض القلب

(الأعراض والتشريح المرضي) التهاب لا يكون عاما للفم إلا نادرا ويكون
في الغالب محمدا على جزء منه كالخدين أو اللسان أو سقف الحنك أو اللهاة
أو اللثة أو أول عرض يشك منه المريض هو الأحساس بحراة وجفاف يوجب
الطفل لمرضه أصعبه في الفم ثم يقب ذلك زيادة الإفراز بحيث يسيل
اللعاب على ذقنه وربما يتسبب عنه أحيانا الجلد ويكرر الازدراء عند
الكهمل ويكون اللعاب حمضيا عادة أو معتدلا شفافا ثم جاعا ثم يصير رافعا
متكددا ويحتوي على بقايا بشرية كثيرة وتضطرب حاسة الذوق أو تنشل
فيحس المريض بتجبن الفم ولزوجه أو مرارته وتنتشر من نفسه رائحة كريهة
يستشعر بها نفس المريض

وبالحديث عن الغشاء المخاطي يوجد مؤلما حمرا جاعا لما عا ومنتفا ويزداد الألم
عند المضغ والازدراء وملامسة الأطعمة والاشربة ويصير الألم حادا إذا
تقرت الأدمة المخاطية من بشرتها وإذا كان المريض رغبيا يتبع من الرضام
حشية الألم وربما اضطرب صحته العامة والتغذية من استعالة جوعه

ومع تزايد استفاخ الغشاء المخاطي يمكن مشاهدة أثر الأسنان فيه لاسيما
في الخدين واللسان ومع أصيب الغدد المخاطية فأنها تظهر على سطح الغشاء
المتهلّب بلون أبيض مزرقا خصوصا في الشفة واللمهاة وبالضغط عليها يخرج
منها سائل لزج أو قبيح

وينشأ من نفس البثرة المخاطية وجعها فها ظهور طلاء وسخ على سطح الغشاء
المخاطي مبين اللون أو مصغرا لاسيما في اللسان والوجه الباطن للشفنتين
وينضم

وينغم إليها طير الإنسان فوق الشاة وبالبحث عن ذلك الطائر بالميكروسكوب
توجد فيه خلايا بلاطية فاسدة مختلطة مع بقايا غذائية وبعض خلايا
مستديرة وأنواع فطر مختلفة
ولا يصيب التزلة الحادة احتقان الغدد تحت الفك ولا أعراض عامة واضحة
لكنها توجب فقد الشهية عند الكهل وقد يصحبه اضطراب وتشنج عند الطفل
ومدتها تكون عادة نحو الأسبوع وقد يستحيل إلى الحالة المزمنة
وتتميز التزلة الغفية المزمنة بأعراض أقل حدة من التزلة الحادة ونقصها في الغالب
سمكة في الشتاء الخاطي ومدتها غير محدودة تتعلق بالسبب ودولم تأثر كثر
الدخان والمشروبات الرديئة

(السحيم والانداز) تشخيص التزلة الغفية سهل ولا تلبس بالحالة الغفية
التي تصيب عند بعض الأشخاص بتغطية اللسان بطبقة بيضاء عند القيام
من الفراش عقب جفاف البشرة الخاطية مدة النوم ولا تلبس ببقية الفم عند
الرضع عقب تأثير الهول أو مجهودات الرضاعة
والانداز خفيف والانهاء حميد ولو حصل اضطراب التغذية موقعا عند الطفل
(المحاجة) يبدأ بأذهاب السبب إذا أمكن ويضلل الفم بالماء البارد أو
محلول كلورات البوتاسا أو محلولات الألومينا (٠.٠٠٥) أو البوراكس (٠.٠٥)
وكل ساعتين مرة وتنظيف فم الطفل بخزقة ناعمة مبتلة من أحد هذه المحلولات
أو يفضله لغوي من البوراكس أو كلورات البوتاسا
وفي التزلة المزمنة يمس غلول السليفا (بيل) أو نترات الفضة (بل) أو
محلول التين أو سحلب أقراصه ولا تستعمل الأغذية الساخنة ولا الصلبة
ولا المهيبة

(ثانيا في التهاب الفم العربي ويسمى أيضا بالافت)

(الأعراض والتشخيص المرض) التهاب الفم العربي هو في المادة مرض
خفيف يتصف بظهور نقط حمراء يعقبها تكثر حويصلات لبيعية لا تتقرح

على سائل مصبل كالحويصلات الهرسية العادية بل سائلها أكثف لئلا يملأها
 في الغالب فوق الشفة السفلى وفي الثانية بين الشفة واللمثة أو فوق طرف
 اللسان وبواقفه وفوق الشدق وسقت لحنك ثم تنفي هذه الحويصلات الشبيهة
 بالهرس في أول يوم والثاني من ظهورها وتقبها فقرحات مستديرة في حجم
 رأس الدبوس أو العدسة حافتها منتفخة حمراء وقامها سحجاب أو مصفر مغطى
 بطبقة من خلايا بشرية فاسدة وقد تكون حافة القرحة غير منتظمة ومتعرجة
 قليلا وتنتهي بالانحطام في سافة بضعة أيام الخاسبوع ولا تقبها الزوالعظم
 ويصحب الطغ الحويصل الم في الفم نزدا حدة بعد انفجار الحويصلات وتقرح الأدمة
 المخاطية خصوصا بالأمسة الأظمة وبالأخفى الملح والسكر ويصعب المضمغ عند
 الكهل والرضاعة عند الطفل ويحصل تلعب ويكتسب القس رائحة كريهة
 ولا تحقن المقدحة الفك الانادرا

ولا يسبق الطغ هنا اعراض هجوم ولكن قد تسببه حركة حمية وعطش وتلعب
 خفيف لاسيما عند الطفل الرضيع

ويوجد خلاف هذا الشكل الخفيف شكل ثقيل يظهر في الغالب بحالة وبائية
 ويتصف بظهور اعراض هجوم حمية شديدة وطغ زائد عسائط تقبها تقرحات
 منتشرة في الفم والحلق تتقبل ببعضها على سطح متعرج وقد تصحبها طمحات وتقرحات
 في الجلد لاسيما في اليدين وتسبب عنها حركة حمية شديدة واضطراب في المهضم
 برقيح واسهال واذا كان المريض طفلا أو شيخا ربا اكتسب الحى شكله ضعيفا
 خطرا

يشاهد الالتهاب الهرسي عند الاطفال عادة بين سن ثلاث وست سنين وقد
 يصحبه التسنين وهو كثير الحمول ايضا عند الكهول والشيوخ لاسيما عقب
 الافراط في شرب الدخان ويكثر ظهوره عند بعض الاشخاص زمنا فزمننا
 في ظرف بضعة اسابيع أو أشهر ولا يعلم السبب الحقيقي لتولده وقد يصحب الحيا
 السفة والطخية والالتهاب الرخوة اللقي وبعضهم ينسبه للديانة لانه
 يصطلي

٣٤١
يصطب غالبا بالاجزما والهرس الجوى والبعض يشبه السدوى من الحمى الهرسية
لحيوانات الأهلية محتاستملت البانها قبل النلى
(الشخصى والاذنار) تشخصى الالتهاب الهرسى سهل ويميز عن البقايا
الجسدية في قم الرضيع بسهولة فرعها وعدم اصطحابها بطواهرها النهائية ويميز
عن الالتهاب المتقرح بعدم وجود الراحة للثنية وعدم ادماء القرحات
الهرسية ويميز عن القلاع بعدم وجود الفطر الاو بد يوم ويميز عن
الهرس البسيط بأنه اذا ادماء بطا حوصلا لا يسيل منها سائل مصل
والاذنار في المادة خفيف والانتهاه حميد ما لم يكن الطفل منهكا أو اذا
كان المرض منتشر بشكل وبالي ثقيل
(للعالجة) معالجة الالتهاب الهرسى الخفيف تشغل على استعمال المسحات
مضفة وحدها أو مع كلوروات البوتاسا وتكفى من القرحات بالجر الفضى
ساخيفا لأجل ازالة الألم وسرعة الشفاء واذا كانت الحمى زائدة يعطى
للريض سهل خفيف

(ثالثا في التهاب الفم القشطى المعروف بالقلاع)

الالتهاب الفم القشطى مرض خطى يقف بتغطية الغشاء المخاطى بطبقة بيضاء
سبية بالنسطة أو باللبن المجتبى
(الاعراض والتشريح المرضى) يبدى هذا الالتهاب بحركة حمية خفيفة واحوار
الغشاء المخاطى في الكد واللسان وجهاث اخرى من الفم فترداد حرارته ويصير
جافا لامعا ومتفتحا مائلا وحلابة باردة ثم تظفر على سطحه بقع صفيرة
مبيضة تنسج وتتقارب وتخرج ببعضها بسرعة بحيث تم الفم في مسافة
يوم أو يومين على هيئة طبقة مستوية يصرا انقضاءها بالحكة في الابتداء
ثم يشير بعد ذلك بدون تسليخ الغشاء المخاطى تحتها ويكون الالتهاب في الغالب
قاصرا على الحذر واللسان وقد يعم الفم والحنجرة معا وقد يكتسب الغشاء القشطى
لونا مصفرا أو سنجابيا ونزل الغشاء فيه دائما حمضى بحيث يخرس وقرحة عباد

الشمس الزرقاقي وضعت على اللسان ويحدث من هذا الالتهاب ألم يوجب تغذ
الرضاعة عند الأطفال وتقدر المضع عند الكبار وزيادة الملعب ويتقاعز
غالباً ما الأسهال لاسيما عند الأطفال

وبالجسد الميكروسكوب عن الطلاء القشطي يوجد متكوناً من جبيبات وخطايا بشرية
فأسدة لا تحتوي على صديد ولا ليفين ومعظم تكوينه من الغطر المسمى بالأويديون
البيكاذن أعا لايفي أو الأويديون اللاكن أعا اللبني لأنه هو السبب في
حساسية اللبن ويرغب في طه العقلية وحرايمه المبيضة المحتوية على مسحوق
لمحرك اهتزاز ذاتية وتعبه عالمياً أنواع قطرية أخرى كالليثو تركس
والسائين وخلافها ولا ينفو هذا الغطر إلا في الأغشية المخاطية ذات الغشاء
البشري البلاطي فيتولد بين تلكايا البشرية ويفرقها وقديم تد في باطن الفم
المخاطية ويتلفها ولكن لا يصيب الأغشية المخاطية ذات الغشاء البشري
الاسطواني ذه الاهداب كغشاء الأنف والمخبر والقصبه والشب ويصيب
الغيم والحلق والمريء والمعدة والأعور والشرج والفرج والعلقة وحلقة
ثدي الرضعة ويشترط لعموم أن يكون الغشاء مندي بسائل حمضي

(الأسباب) قد يشاهد هذا المرض عند الطفل المحدث الوضع متى كانت تغذية
رديئة بألبان الصنائج واللبن الحامض ولكن يسهل شفاؤه في هذه الحالة بالاعتناء
بالتغذية ولا خطر فيه والمادة أن الالتهاب القشطي يشاهد عند الأطفال
أو الشيخوخ أو الكهول إذا كانت حالتهم العمومية رديئة جداً والبيئة متسكة
من التغذية الغير الكافية والشروط الصحية رديئة أو من تقدم الكاشكسيا
الدرنية والسرطانية أو عقب الأسهال المزمن القزبي أو التقيح المفرط أو
الأمراض الحمية العفنة أو يصيب الالتهابات الحادة الثقيلة كالألتهاب
الرئوي والتهاب المسالك البولية والحمى النفاسية ويكثر حصوله في البعاسات
وفي أطفال اللقطة وظهرت بالتهاب القشطي تآبيات في هذه الأحوال يدل على
الخطر عادة خصوصاً عند الأطفال والشيخوخ

(التشخيص)

(التشخيص والانداز) لا يلتبس التهاب القشطي بالقرحات والاعغشية الكاذبة للحم ولا بانفقاد اللبن الحبيب عند الطفل لأن الاعتناء في البحث عن اوصاف الطلا الطبيعية واليكروسكوبية يكفي في ثبت الحكم وأما الانذار فانه في الأحوال الأصلية ليس خطرا دائما ويزعم ان يمتد المرض بالشفاء في مسافة اسبوع أو اسبوعين بشرط الاعتناء في النظافة والمعالجة وأما اذا كان المريض حديث السن أو منتهكا أو كان الالتهاب تابعا لأمر آخر خبيث فانه يعتبر مضاعفة خطرة ويمتد بالمهلوك غالبا بسبب اضطراب التغذية وحصول الاسهال وامتداد القلاع من الفم إلى المري والقناة الهضمية

(المعالجة) يعالج التهاب القشطي باستعمال القلويات لأن فطره لا ينمو إلا في الاوساط الحمضية فيبتدأ بكمشط الطلا القشطي ما أمكن ثم يستعمل البورق محلول لا يتصفى به المريض مرارا أو يبل الفم منه بواسطة قطعة من القماش تلف على الأصبع أو فينسل الفم بماء الصابون أو ماء منشفة أو ماء الحبر أو يبلون بالجليسر البورق أجزاء متساوية وإذا كان الطفل رضعيا يعطى في أرضاعه ونظافة البرص الصناعي ويضاف إلى لبنه قليل من ماء الحبر

وأما اذا كان المريض مصوبا بأمر آخر كاشكية فانه يحتاج خلاف للبلبة المرضية إلى معالجة عامة تختلف باختلاف السبب المرضي

(رابعاً التهاب الفم القرحي الحبي)

يتصف هذا الالتهاب بتقرح اللثة وانتشار رائحة متعنة من الفم (الأعراض والتشخيص المرضي) تسبق هذا الالتهاب في الغالب حركة حمية مدة يوم أو يومين وقد يبتدئ فجأة فيحصل الحرق في اللثة والخاطي وانتفاخ واحساس بحارة وجفاف في الفم مع تآلم حرق ويبدئ الالتهاب بالجهة اليسرى غالباً وتظهر بقع صغيرة بنفسجية اللون تليق وتقرح ويكون مجلسها غالباً

في اللثة بقرب الضرس الأخير وفي هذا القواطع وتمت التقرحات من حافة
اللثة الى قاعدتها الى غاية الثانية بين اللثة والأسنان فتتبعها الأسنان
بالكلية أو يسقط بعضها وقد تتكون حافة الفك وتصل التقرحات في
الشدين والشفين خصوصاً الشفة العليا والقصيب اللسان واللسان
والوزنين الا نادراً وتكون مستديرة أو مضاوية حافتها منتفخة غير
منقلة وقاعها سحاجي رخوي أو مصغى متكون من العشاء الخاطي للفتق
الذي يفصل وتقبه قرحة غائرة سهلة الادماء وحافات متعرجة وتنشع
القرحة وتقبل بالتقرحات المجاورة وتغير الانسجة حولها او زعزعة وأما
اللسان فإنه يتخثر ويغير رخوي حيث ترسم الأسنان في حافته على
هيئة امتجاجات واضحة وتجب التقرحات الآم شديدة ويتعذر المضغ
والازدياد ويكتسب النفس رائحة منتنة ويجعل تلعب وميلون حمض
منق من الفم لاسيما مدة النوم ولكن اللعب هنا أقل منه في التهاب الفم
الزبيب وتنشع العقد اللغافية تحت الفك وتشتد الحمى والاضطراب المعوي
والاعراض العصبية خصوصاً عند الاطفال وقد تمتد التقرحات الى الحلق
ولكن ذلك نادر جداً

وبعد اسبوع الأسبوعين يفصل اللب الفترين وتقبه قرحة نظيفة
ذات اذرار لحمية ودية وتنتهي بالانحرام وتقبها اثره الخام دائمة وقد
لا يتم الانحرام الا بعد مضي مدة من بضع اسابيع الى بضع اشهر ومضى ثم
الانحرام من اول انتفاخ العقد اللغافية ولا تنجح عادة وقد تستمر منتفخة
ببعضها دائماً

وهذا الاحوال الخفيفة تكتسب اللثة لوناً بنفسجياً ويغير منجها رخواسهل
الادما ولذلك ربما تشبه بالاسقروب ولكن عدم وجود بقية الاعراض
الخاصة بالاسقروب يزيل الشبهة بطبيعتها منه
(التشخيص والانداز) يتبع التهاب الفم الدهري عن التهاب التقرحات التي
بمشاهدة

بشاهدة اعشيشه الكاذبة عادة فالشفتين وخواصتها وتكون الاعشيشة مبيضة
استداه ثم تنفق قليلا وبنزها يوجد العشاء المخاطي تحتها عرا غير متفرج ولا
تضيق الام ولا تلعب تقريبا
وأما التفريجات الزهرية واللدنية فأومها فيها الخاصة تمنع من التباسها بالتفرجات
التيية

والأندار في المادة خفيف والانتهاه بالشفاء هو المعتاد
(الأسباب) يشاهد بالالتهاب التفرجات الغم غالباً بحالة وبائية وبعضهم يعلل
معدول ولكن لم ينج فيه التلقيم وفي الغالب يصيب الاطفال بين سن
السنين وسن البلوغ ثم يصيب الكهول أكثر من الاطفال ورداة شروط
الصحة تساعد على انتشار في القشلاقات والسجود والحرمان والمشاق
يوجب انتشار في الجبهة

(المعالجة) من ضمن المعالجة الواقية منع الأسباب التي تتولد منها الأحوال
الوبائية والمعالجة الدوائية أهمها استعمال كلوروات البوتاسا بجمعة وغرغرة
وأقراصا مضغوطة ويمكن ان يعطى منها يومياً إلى ٣ جرعات لكلول وسيلد
على تأخيرها من التفرج بخفة بالقلم الفضي وبعضهم يومى باستعمال محلول
حمض الفينيك (١٠٠) وفوق مخينات البوتاسا (ليم) وحلاوت الالهو مينوم
(١٠٠) يهضمها ملحقة كبيرة في كوب ماء للفرغ

ويمتنع في تغذية المريض بالأمرق الجيدة والذين والبغ والماء النظيف
(في التهاب الغم الضعيف اى النوم)

التهاب الغم التفرجات التي لا يحدث انتشار الا في الطبقة السطحية للعشاء
المخاطي وأما اعتقينا الغم فأنها تصيب العشاء المخاطي والاستجابة الزخوة
حته وقصر الى الجلاء وتقبه غالباً

ولا يعتبر هنا الا التفريجات الأصلية وأما التفريجات التي تصاعف ببعض
الالتهابات الغمية فأنها تشبه التفريجات العارضية على الصوم والاعتلاج

(الأعراض والتشريح المرضي) بقصد اختزينا الفم الأصلية غالباً بطريقة غير
 محسوسة بدونة ألم وتصب في العادة الشدق الأسير فيكتب الشفاء للظلم
 لونها بقسماً وتصلو ففاعة صغيرة مثلثة يسائل تحس تنجر وتقبها قرحه
 سنجابية غير مقلية وتمتد القرحة بسرعة في السطح والعمق وتضم أو تسود
 ويكتب النفس راحة منتنة وإذا كانت الحالة حميدة تسقط الأجزاء المتضررة
 وتنظف القرحة وتولد فيها الأذن اللحية ويتم التماسها وإذا لم تلتئم الفم
 تستمر في التورم والانتساع وتقاطبها إلى النهاية وفي اليوم الثالث إلى
 السابع (ويليه وبارتس) يظهر في الجلد جذاًها يتيسر استدريسها
 به على إلقاء القرح إلى الظاهر ويكتب جلد الخد والشفة لونها بتفجيج
 محمراً ثم يصير أوزيماً ويسيل من الفم سائل مدمم قيحي منق ثم تظهر
 في الجلد بقعة عنقرينية مسودة جافة منبججة شاحنة لسمك الجلد كله
 ومخسطة الأجزاء المتضررة يبقها ثقب في الخد وتمتد العنقرياً بعد ذلك
 في الجلد غالباً إلى الأجزاء والأنف والشفة ويسيل منها سائل مدمم قيحي
 منق وتتخذ منها السوائل والعنقري التي يتعاطاها المريض وقد تصل
 العنقرياً إلى الحظام المجاورة كالغك وسقف الحنك وعظام الأنف فتتكرر
 ولا يحدث من العنقرياً انتفاخ المقدحت الفك عادة
 وقد لا تقتصر العنقرياً على الفم بل تظهر في آن واحد في الحلق والمري
 والمعدة والعرج والأطراف سيما الأصابع
 وبعد أن كانت الأعراض العامة قليلة الزوج في الابتداء تظهر الحمى متواصلة
 وصلت العنقرياً إلى الجلد وتكتب شدة زائدة وتشكل بالشكل الضعيف
 غالباً ويحصل الأسهال ويتقدم الخولجداً ويقع الشخص في حالة كاعيد
 واضحة وينتهي بالموت وإذا حصل الشفاء فأحواله استثنائية يحفظ
 نشوه الوجه وناسور الخد مدة حياته

(الأسباب) نشاهد غثرتها في كل الأعمار وهي أكثر حصولا عند الأطفال بين سن السنتين إلى الستة ويكثر حصولها عند الحيات الطويلة والحيث الشفوية والدفتيريا والاستسقاء ولا يتفرغ سيرها بالالتهابات الغنية العارضية كالالتهاب القرصي والزرق وأغلب المؤلفين يعتبرها ميكروبية

(المعالجة) مرضى المعالجة غسل الفم بحلول يودى (خمسة في المائة) أو بحلول فوق مخضات البوتاسا (١ في المائة) والكى بحجر التريك والزموكون وسفط قوى المريض بالأدوية المعوية والمنبهة

(الفصل الثانى فى أمراض الغدد اللعابية)

(أولا فى التهاب اللعاب)

التهاب يتصف بزيادة إفراز اللعاب وسيلان بعضه من الفم غالبا (الأسباب) التهاب اللسان نادرا جدا ويحصل فى الغالب عارضا فى سير بعض الأمراض فيكون ناشئا من الفعل المنعكس فى أمراض الفم كالتهاب عشاءه الحادى وتسوس الأسنان وتعاطى بعض الأدوية المرة والمهارة أو يكون متعلقا ببعض الأمراض البعيدة عن الفم كأمراض الحلق وأمراض المعدة والديدان المعوية وأمراض الرحم والمبيض وبالحمل وليشاهد التهاب فى بعض الأمراض المعوية كالاستيريا والماليزليا وفى بعض أمراض المخ والنخاع الشوكى

ويحصل التهاب من تأثير بعض الأدوية كالمركبات الزينية واليودوريات والديغان وحصولها اليابوراندع وأصله الغفالى أهى اليوكارىس وكثيرا ما يشاهد التهاب فى سير الأمراض العفنة أو على هيئة جراثيم فى الحمى الشفوية والحيات المنقطعة والدوسنتاريا ونحوها

(الاعراض) إفراز اللعاب فى حالة الصحة يختلف من جرم إلى لير أوليتين ولا يعتبر مرضيا إلا إذا زاد عن ذلك وقد تكون زيادة وقية

فقط أو تكون مستقر على حسب نوح السبب الذي أحدثها
ويشترك المريض ابتداء من كثرة لعابه واستمراره عندما يحكم بحيث يظن بها التكم
عنده وقد يتشكى بقوى في قسم التكلفه

وقد يصل مقدار اللعاب الى ١٠ لترات أو ١٢ أو أكثر في اليوم بحيث يلتزم
المريض بدائمة البعاق ولكن من غزارة اللعاب يسيل بعضه من فمه
فترأعه ويتلقاه فيمدد يده ويستحق فيه مفتوحا وتبتل الوسائد منه مدة
النوم فيحصل له الأرق المستمر بسبب وصوله للعاب الى البلعوم ودولم
فصل حركات الأزداد وقد يصل بعض اللعاب الى الحنجرة فيحصل السعال الذي
يجب اضطراب نوم المريض وعدم استراحته ومن ملامسة اللعاب يتسبب
الجلد في هذا الشفة السفلى والشدق ويصير ليرتبا ومقاسم القلب
وازداد اللعاب يضطرب الهضم أو يحصل قيح في الصباح كما يشاهد ذلك
حد للمدنيين على كثر الذين يتلصصون لعابهم ليلا ويتقايرون صياحا

وتتغير اوصاف اللعاب على حسب غزارته واسبابه فيكون اما الزجا بلغميا
ويصل وزنه النوعي الى ١٠٠٩ أو يكون ما نيا محمورا على قليل من سلفوسيانيد
البوتاسيوم وأقل منه بين العمايين (بتيالين) ومفعوله يكون طويلا وهو
نادر ويكثف في الغالب معتدلا او حمضيا لاسيما حتى أن من وتكون رائحته
اماتفة او مستنة وبالجملة عنه بالمكس كوجب يوجد محتواه خلايا بشرية
فاسدة وقد يحجبها بعض كرات دموية أو قيحية وبعض بلورات كلسمية
واذا استمر اللعاب الغزير يتسبب منه تحول المريض خصوصا اذا كان
السبب خبيثا ويقال البوق ويحجبه أسلاك مستقص وسهال في النادر
وسير التلعب ومدته يتعلقان بالسبب الذي أحدثه وقد يصل الى درجة
الكاشيكسيا المتقدمة

(التشخيص والانداز) تشخيص التلعب في حد ذاته سهل بالنظر لكثرة اللعاب
ولكن يلزم الاعتناء في تشخيص سببه حيث ان الانذار والمعالجة

ينبنيان عليه فيظهر هل هو متعلق بمثل آفة الاسنان أو بسبب عصبى
مركزي

(المعالجة) يبدأ بمعالجة السبب فتعالج الاسنان مثلاً وإذا كانت معالجة للسبب
غير متيسر كالأفات العصبية المركزية يلطف اللعب باستعمال سلفات
الأتروبين بقدر لا يبلغ ١م إلى ٢ ميليجرام في اليوم من الباطن أو بالحقن
تحت الجلد أو على الأذن بقدر ٠.٠٠٥ في كل ساعتين مرّة وأما الأعراض
والصلات القابضة فيمكن استعمالها ولكن فائدتها قليلة جداً
(ثانياً في نقص اللعاب)

نقص اللعاب يشاهد عادة عقب الاضطرابات العصبية الشديدة كالخوف
والفرح وفي الكميات وبعض الأمراض العصبية كالاستيروا والمالجوليا وربما
يشاهد عقب استعمال الأتروبين وفي الداء يبطئ السكرى والتفوه
برأت وقد يشاهد في بعض الكميات عند الشيخوخة وفي الاثيميا وعقب التهاب
التهكفتن

وتتخصر الأمراض في جفاف الفم ومجموعة حركة اللسان وتآلمه بعلامته سقط
الحناك والحدين بحيث أن بعض المرضى يشعرون بتسلخ ويضطربون بالعض خصوصاً
هضم السموات

ومن ضمن المعالجة استعمال قطع الثلج استعمالاً و يتمضمض المريض زمناً فزمناً
بمحلول قلوئ قوادر لأجل تهدئة فمه أو يدهن لسانه بالوازيلين وزبدة الكاكاو
والجليسرين ويعطى له البيلوكارين أو المركبات الزيبقية وفوكسون عتقل
على نتيجة كافية باستعمال الكهربياء بوضع الأقطاب على القفا وعلى قناة
ستيفون

(ثالثاً في التهاب الكلى)

التهاب الكلى على نوعين بسيط ومعقد
(فالتهاب الكلى البسيط) هو آفة موضعية غير معدية نفعها عن بعض الكميات

٢٣٠
والأمراض العفنة وتطول مدة سيرها أو نقاهتها كالحصى السفودية والحصى الطخينة
والدهوسطاري والدفقيريا وهي النفاس وتكون عادة قاصرة على كلفة واحدة
ومجلس التهاب يكون إما في النسيج الخلوي وحده أو في النسيج الغلوي والنسيج
الجوهري وينتهي في النادر بالتصريف والغالب أنه يتعجم ويكون خراج ينفتح
في جلد الحيلة أو في القناة السمعية أو يسرع تحت الجلد وينفتح في العنق أو يفور
وينفتح في الحلق يقرب قاعدة الجمجمة وفي بعض الأحوال ينتهي التهاب النكف
هنا بالتصريف

وينتجب التهاب النكف البسيط إلى سوء البنية وتظهر في سير الأمر من العفنة
يدل على الخطر وكنته متى ظهر في مدة النقاهة فإن اندام أقل خطراً بكثير
وقد يشاهد التهاب النكف مضاعفاً لالتهاب الفم الذي سبق الذي حصل منه
بواسطة قناة ستيون وفي هذه الحالة يكون التهاب موضعياً صرفاً وليس
له معنى فالأنداد

ويعالج التهاب بمضاداته فيعطى مسهل خفيف عند الاقتضاء وتدهن الكفة
بالزيت المليئة وتوضع عليها اللبغ وإذا حصل القيح يسرع في فتح الخراج لإجل
منع اتساعه واعتداده

١ في التهاب النكف المعدي التهاب النكف المعدي مرض معدى ضالبا وباق
تقر الأصابة به مرة من عوبه كإغلب الحيات النورية العفنة والطحينة
ولذلك خرج بعضهم تسميته بالحصى النكفية

(الأعراض) قد تسبق المرض أعراض هجوم تستمر من يوم إلى ثلاثة كحركة حمية
خفيفة أو شديدة وقشورية وتكسر الأطراف وتفقد الشهية وبعض تقلصات
عند الأطفال ولكنه يبدئ في الغالب فجأة بالأحاساس بألم في إحدى
النكتتين نزاد تحريك الفك والتكم والمضغ ويعقب الألم استفاخ والغدة
النكفية أو في الغدة تحت الفك وتحت اللسان معاً في أغلب الأحوال
وتبدأ الأصابة عادة بإحدى الغدد النكفية ثم تضرب الثانية بعدها
بمرن

منه يسير ويزداد الانتفاخ بسرعة فتعلا الغدة النكفية المسافة
من الأذن والحد وزاوية الفم وتضيق على الصماخ وتبرز إلى الخارج وتبرز
إلى أسفل نحو الصق وتبرز في الحلق يقرب اللوزتين أو البلعوم وحتى
استتحت الفم تحت الفك وتحت اللسان والغدة النكفية الثانية يحاط
الوجه بكلمة ضخمة مجيئة القوام ممتلئة ويتشقق الوجه والعنق جدا ويحفظ
الجلد لونه الطبيعي أو يحمر قليلا ويتورق أو يصير ما هنا بلون الشمع الاستعداد
ويصل الانتفاخ الوجه الدلبة عادة فمسافة ثلاثة أيام إلى ستة ويوجب
زيادة الألم وتحد تحريك الفك فلا يتيسر لبعض المرضى تباعد الأسنان
بمسافة تسع طرف للمعلقة ويغفل المريض إلى الاكتفاء بالأخذة المسائلة
والرجوع إلى الاحتياج إلى المصغى وأما اللعاب فإنه يزيد أو ينقص جدا ولكن
لا تنفوخ أو صافه كثير أو قد يصير النفس منتفا ولا يمكن تحريك الرأس إذا
كان الانتفاخ عاما للنكتتين بل تثبت في وضع مستقيم لا تتحرك إلى إحدى
الوجهين وأما إذا كان الالتهاب قاصرا على نكفة واحدة فإن الرأس يميل
إلى الجهة العكسية وبغير المرض حيث تكثر بقل سمعه أو بالألم فأذنه أو

بطنين مستمر
وقد تستمر الحمى خصوصا عند الأطفال ولكنها لا تثبت ولا تكون قوية إلا
في النادر وفي العادة تكون خفيفة وتنهى بعد يوم أو يومين وتطلق الأمراض
في اليوم الثالث أو الرابع ويتنازل الانتفاخ ويتردد في مسافة من ثلاثة
أيام إلى أربعة حيث تكون مدة المرض جميعها من أسبوع إلى عشرة أيام ولا
تصل إلى أسبوعين إلا في أحوال استثنائية ويعقبها في الغالب تقلص للبشرة
الجلدية في حال الانتفاخ

وقد ينكسر المريض بعد الشفا وتكون الأعراض أخف من الأعباء الأولى وفي
أحوال أخرى إذا أصيبت إحدى النكتتين فقط فبعد شفائها بنحو أسبوع
أو أسبوعين تهاب النكفة الثانية على حدتها وأما جوع المرض مستجدا

فلم يشاهد الا نادرا لان الالصابة به مرة واحدة منه
 (المضاعفات) يتضاعف الالتهاب النكفي عادة أو يعقبه التهابا متاستازية
 عند الشاب والكمول والمفصين وخصوصا الميخ فتتبعه نفس الحفوية بقدر
 حجمها الأصغر بخلاف ثلاث أو أربع مرات وينسكب المصل في غلافها ويغير جلد
 العصف في جذائها أو ذريما أو أوجحرا ويعقب اصابة احد الحفيتين اصابة
 الحفوية الثانية بزمن يسير وينشأ من ذلك توران الحمى بشدة وظهور
 اعراض عصبية واضطراب وهذيان أو نكسب الحمى هينة تنفودية مع
 اخطاط وجبوط وفقد العقلية وقد يشاهد ما لعكس لخطاط الكرامة
 وبطو النقي والنفس بدرجة خارقة للمادة وحمل كل الأحوال لا يعقب هذه
 الاعراض خطي ويبرأ المريض عادة في مسافة ثلاثة أيام الخمسة وقد يعقب
 الحفوية قبل النكفة أو يتعقب المرض على اصابة الحفوية وحدها في بعض الوبيات
 ويعقب اصابة الحفوية وشفاءها في الغالب ظهور ربما تنسب عنه
 العنة فيما بعد

وعند البنات والنساء ربما يتعقب الالتهاب النكفي بالتهاب الثدي أو
 الشفرين الكبيرين ويحصل انتفاخ مسكين في هذه الاعضاء كما انه شوهه
 انتفاخ النكفة احيانا موقعا من الحفص عند المرأة
 ومن المضاعفات الأقل حصول التهاب العشاء الباطن للقلب وانتفاخ المفاصل
 الشبيه بالروماتيزم والتهاب الأذن واللحمة والشعب ومجرع البول وانتفاخ
 بعض العقد اللغافية

(التشريح المرضي) مجلس الالتهاب في النسيج المحوي داخل النكفة وحولها
 ولا يصيب نفس الأجزاء الحديدية ولم تستكشف فيه ميكروبات لا في
 العدة ولا في الدم ولا في الهاب

(الانذار) الانذار جيد تقريبا دائما حتى في الأحوال التي تكون فيها الحمى
 شديدة مع هذيان أو الأحوال المضاعفة بالتهاب الحفوية ولا يشاهد
 تقيح

تقع النكفة - ولا الخصية ايضا انما تضم الخصية غالباً وربما اعقب ذلك
عنة الشخص

(الاسباب) يصيب الالتهاب النكفي الاطفال بالاكثـر من سن العشرة الى
الخمسـة عشر ويصيب ايضا الكهول والذكور اكثر من الاناث ولا يصيب
الاطفال الرضع ولا الشيوخ الا في احوال استثنائية ويظهر غالباً على
هيئة توبانية في المدارس وكنته لا ينتشر كثيراً لأنه ينتقل من شخص الى شخص
لنـر وله مدة تفترج تختلف من ٦ الى ١٢ الي ١٥ يوماً ويتلفن في بعض
البلاد بهيئة جنسية كالسوجرا والهولاندا وفرنسا وانجلترا خصوصاً
في فصل الشتاء والحريف وقد يصبه وباء القرمزية والخصية

(الشخص) يلزم تمييز الالتهاب النكفي المسمى عن الالتهاب النكفي
البسيط وتييز الالتهاب الخصي المتعلق به عن الالتهاب الخصي البسيط
الذي يصيب بريد الخصية عادة

(المعالجة) معالجة الالتهاب النكفي المسمى بسيطة وتشمل المعالجة
الواقية تفريق الجمعات والمعالجة الدوائية تحتاج الى الراحة والحمية
السائلة واعطاء مسهل خفيف ودهن الورد بالزيت وتغلفه بالقطن
لاجتان تيار الهواء واعطاء جرعة مسكنة أو برومور البوناسيوم
عند الاقتضاء

(الفصل الثالث في امراض الحلق)

(اولاً في الالتهاب اللوزي الحاد)

الالتهاب اللوزي الحاد ويسمى ايضا بالذبجة اللوزية الحادة اما ان
يكون قديماً أو عظميماً أو عفناً وهو يصيب الذبجة البلعومية عادة
أما الذبجة المزلية اللوزية فهي الأكثر حصولاً وتصيب اللوزتين في
آن واحد وهو اخف الذبجات اللوزية ويسبق ظهوره عادة بيوم
أو يومين اعراض هجم عامة كالحمى والقشعريرة والتكسر والصداع

وفقد الشهية وقد تكون الحمى شديدة مصحوبة بهذيان أو تشنج عند
الاطمئال وفي الأحوال الثقيلة ربما تفصل الحرارة الى ٤٠ درجة وقد تزداد
الأعراض العامة مع الالتهاب في آن واحد ففصل المريض بالحمى في الحلق
يزداد بحركات الازدراء فيجتنب الأكل والشراب ولا يتناول العايب وينفذ
المشروب في الأنف وتغير الصوت أخفيا فمضغومة وتحريك الفك وفتح
الفم عيلا أن يتألم شديدا ويجلس باللوذين المستقيمين في
المنقح بجوار زاوية الفك السفلي ولا يحل المريض الضبط عليها ولو
كان خفيفا وإذا ترايد الاستعاخ ينشأ عنه عسر في التنفس وقد يمتد
الآلم الى الأذن عقب امتداد الالتهاب الى فوق استاكوس ونيسر
الكشف على اللوزتين بسبب تألم المريض عند فتح فمه وانقباض العضلات
الجناحية على اللوزة ويكون اللسان عادة مغطى بطبقة وسخة سمكة
واللوزتان حمرايتان ومتفخمتان بدرجة غير متساوية وينشاهد على سطحها
في اليوم الثاني والثالث آثران منعقد في الثنيات والكريش على هيئة
بقع بيضاء مصفرة رخوة جلدية سهلة الانفصال وإذا انفصلت
بنفسها أو بالمسح فلا تتحدد في محلها عادة وتنقح القعد اللغوانة تحت
الفك غالبا بدرجة خفيفة وبعد مضي بعض أيام يخف الالتهاب وتتلطف
الأعراض ونشتق المريض ولكنه لا يزال عرضة للنكسات وإذا تكرر الالتهاب
يسل الى الحالة المزمنة خصوصا إذا كانت بنية المريض ديانة زنة أو خنثوية
وأما الذبجة اللوزية العنقرية فتنبثق كالالتهاب اللوزي الثقيل وتشد
الأحرام والآلم الموضعي حتى لا يمكن المريض بتأكل النكبات ولا تحريك
اللسان ولا الازدراء ويسيل لعابه من الفم وتشتق الرأس والعنق ثابتين
لا يمكن كان ويتفتح المنقح بقرب الفك ويعبر موقعا ويمتد الآلم الى الأذنين
ويتعذر الكشف على اللوزتين لعدم قدرة المريض على فتح فمه وإذا أمكن
رؤيتهما توجدان متفخمتين جدا ولونهما محمرا داكنا أو مغطاين بأفوا زات

مبيضة وإذا ابتدا التقيج بصير الغشاء المخاطي من حذائه احمى بقسما وتحقق
 اللهاة وتدفع قوائمها الى الامام وتضييق فتحة الزور أو تنسد بالكلية
 فيصل عن النفس الى درجة الاحتقان وقد تكون الهابة لوزة واحدة
 ومتى اخذت في التحسن تضاب الثانية وترتفع الحمى جدا ونقصها الاحتقان
 بتشعر به متكررة وحرارة في الوجه وصداع وملل وتكسر في الأطراف وتفتقد
 الشهية وتنفط اللسان بطبقة سمكة وسخنة ويكتسب النفس رائحة
 كريهة وتستقر العقدة تحت الفك وبعد مضي يومين أو ثلاثة يصير الألم
 نبضيا وإذا امكن وضع الأصبع على اللوزة توجد رطوبة عجيبة أو مقوغة
 في حذاء بورة التقيج ومتى انفجر الخراج بنفسه أو بالمشروط يخرج منه مديد
 منقذ وليسترجع المريض فوراً

وخارج اللوزتين يتكون في النادر في نسيجهما وفي الغالب يتجمع الصديد حول
 اللوزة بينها وبين قاعدة اللهاة من الامام والاعلى ومتى انفجر الخراج تكون
 فتحة فوق اللوزة في حذاء انقباض اللهاة بقائمتها ويعقبه الشفا بسرعة
 بحيث ان مدة المرض لا تتجاوز اسبوعا أو عشرة أيام وفي بعض الأحيان
 يتضاعف الالتهاب بالتفريخ أو ينسكب الصديد في النسيج المحلوي
 فينقبض حتى يصل الى غاية قاعدة الفتح وقد يتضاعف الالتهاب باورثا
 الحجرة أو بالتهاب اللوزيد الوداجي ويعقب ذلك تولد سدس يارغ أو
 امتصاص صديدى وقد يؤثر التقيج على التريان السابق الباطن المجاور
 للوزة وينقبه ويعقب ذلك نزيف حط أو مقتل في الحال

وأما الذبحة اللوزية الحفنة فأن بعض المؤلفين (بوشاد) يعتبر التهاب
 اللوزتين على العموم مرضا عفوا ويسميه بالحمى اللوزية تشبها بالحمى التلغمية
 والسبب في ذلك هو انه الالتهاب ليس دائما في نسبة الأعراض العامة وليس
 من النادر مشاهدة ذبحة لوزية خفيفة معطوبة بأعراض حية شديدة جدا لا
 يمكن تسميتها بالالتهاب اللوزي وربما اصاب الالتهاب اعضاء أخرى كالحنجرة

والكلا والبقي فبعض المرض كحي لوزية عفنة والالتهاب الالوزي والخصية والكلى والمبيض فيها كافات موضعية مختصة بها كما يختص التهاب الكفة والخصية والمبيض مثالا بالحي الكفنية ويرسم المصنف ان سبب الحي ميكروب ينفو في ثنيات اللوزة ثم يقيم الجسم ويلزم لنوع ان تكون اللوزتان في شروط مناسبة لحياته وتم هذه الشروط عقب البرد أو القرب وعلى كل لم يتفق المؤلفون في هذا العهد

(المتخصص) تلزم معاينة اللوزتين في الذبحة اللوزية على العموم وان كان فتح الفم مؤلما صعبا والمريض طفل مستحسن يلزم مع ذلك الالتجاء عليه وجبر على الكشف لأجل تأكيد التشخيص وقل الكشف يقتضي تطهير الحلق بالغرغرة او الغسل لأجل ازالة المواد الحاطية والافرازات الالتهابية الموجودة على سطح اللوزتين وتستعمل خافضة اللسان أو ملصقة عريضة لأجل خفض قاعدة اللسان جيدا ويجلس المريض أمام فتحة مستقيمة بدرجة كافية أو تستعمل الامهات الصناعية لأجل رؤية الحلق واضحا وتبين الذبحة اللوزية عن بقية انواع الذبحات المنطقية بالبرود ما يلزم والقرمزية والحصبة والذبحات الانجارية والحمى والتهوية والدرنية التي سنشرحها في مجلدنا من الأمراض المتعلقة بها

(الاسباب) السن بين ٥ و ١٠ هو الأكثر استعدادا لالتهاب اللوزتين ولا يشاهد عند الاطفال ولا بعد سن الاربعين الا في احوال استثنائية والسبب للتم له عادة هو البرد والرطوبة والتعب وزمن الحضانة النساء أو اضطراب المعدة ويكثر حصول الذبحة اللوزية في فصل الخريف ويكثر حصوله عند بعض الأشخاص بأقل سبب خصوصا اذا كان الشخص مصابا بضعامة اللوزتين وقد تكون الذبحة اللوزية متعلقة بموضع عام كالالتهام والقرمزية والحصبة والزهر والدرن

(المعالجة) تعالج الذبحة اللوزية بالغرغرة الملسنة الفارغة كحل الخبيث مع اللبان والصمغ

والصلب الوردي ويضاف لذلك غالباً كلورات البوتاسا وبعض نقط من صبغة الاكونيت أو الكولها ولأجل تخفيف الألم ليس الحلق بالجليرين الكوكايين (فيؤخذ من الجليرين مثلاً ٣٠ ج ومن البوراكسي ١٠ ومن موريات الكوكايين ١٠ ز) مراراً أو كل ساعة وعند وجود اضطراب في المسالك الهضمية أو تلك معدى أو حالة صفراوية يبدأ بإعطاء مسهل على أوميتى مناسب وشرعى لحماية الحفيفة والشروط الصحية ويجنب البرد والرطوبة وفي الذئبة اللوزية الحفيفة والطفولية يمكن استعمال قطع الجليد معها واستعمال الكمادات الباردة على الحلق في ابتداء الالتهاب لأجل تلطيفه أو انقباضه وبعضهم يعطى الى ذلك استعمال الاكونيت من الباطن والجبايا يوم ملبسا يقصره المريف لأجل تدارك التقيح

ولذا ابتداء التقيح يلزم تنويع المعالجة ويضاف المالاخزة والفرابز المسنة استعمال النماذات والنج على الحلق وإذا تكوّن الخراج يسرع في فتحه ولأجل استكشاف الخراج بسهولة يوصى ستوروك بالمرور بالسبابة على قسم اللوزة المثتبية من أعلا إلى أسفل والامام مع الضغط باليد الثانية على اللوزة من الظاهر بقرب زاوية الفك السفلى ويستعمل لفتح الخراج مشروط مغلف النفل توجه حافيه القاطعة الى الانسية لأجل تجنب الشريان السباتي الباطني الجوار للوزة وإذا لم يمثل المريف للعلية يمكن التعايل على فتح الخراج بطرف ظفر السبابة أو مستعان على فتحه بإعطاء مقيح

(ثانياً في الالتهاب اللوزي المزمن وضخامة اللوزتين)

الالتهاب اللوزي المزمن يعقب الالتهاب الحاد عادة وإذا تكاثر الشخص مستمداً ربما يدوم الالتهاب المزمن عنه مع ثوران حاد زما فر مناً وينشأ من ذلك في الغالب كبر حجم اللوزتين المعترضه بالعظامه ويكثر حصول التهاب اللوزتين وضخامتهما عند الاطفال الوغاية سن البلوغ والشبوية ويندر عند الكهول بسبب ظهور اللوزتين مع التقدم في السن

ولا يشاهد في من الكهولية الا من تطلعات الشبوية
وتصيب الضخامة لوزة واحدة أو اللوزتين معا حيث يبرزان في فحة الزود
جدا أو تلامسان اللهاة وتتقابلان ببعضهما وتسدان فحة الزود تقريبا
ويتفرع لونهما من الورود الى الأحمر الداكن وتشاهد على سطحهما في الثنيات
اللوزية انعقادات جينية أو كلسية مبيضة وقد يصل حجمها الى حجم
الحوزة المراكبر ويصير لسيجها خيا متينا ويكون سطحها أملسا في
الابتداء ثم بعد ذلك الانعقادات الجينية تسقطها تعقبها ابتعا حاد وحفر
شبيهة بكل النسيج اللوزي فيصير سطح اللوزة غير منظم
وبالبحث الميكروسكوبي توجد الخلايا الكريبتية متكاثرة والنسيج
الخلاوي بينها كثيفا والغشاء المخاطي سمكا ويمكن تشبيه ضخامة اللوزة
بضخامة العدد اللبغافية على العموم وتغصها غالباً بضخامة العقد تحت
الفك التي ربما تنجم

وضخامة اللوزتين عند الاطفال لها عواقب وخيمة توجب ضرورة المعالجة
للاجل تداركها لأنه متى كبرت اللوزتان تسد فحة الحاشم من الخلف
وتضيق الزود ويتسبب عن ذلك عسر التنفس بالأنف فيضطر الطفل الى
التنفس بالخم ودوام فتح فم ليلالونها رافضين الأنف لعدم استعمالها
ويصير التنفس شديداً مدة النوم ويستمر التهاب الحلق بسبب وهول
الهواء البارد من التزم له على الدوام وصعوبة مرور الهواء من الحلق
فوجب انقباض الحجاب الحاجز بقوة ويتسبب عنها انخساف الاضلاع
السفلى ومع طول الزمن يضيق الصدر ويتشوه ويكتسب هيئة صلبة
الحمامة وتتضاعف الضخامة غالباً خصوصاً عند الاطفال اللبغافيين
وحنازيي البنية بالركام المزمن وفوارز الملتحمة الجينية وضعف حاستي
الذوق والشم وضعف السمع أو الصمم عقب انتفاخ الغشاء المخاطي لبوق
استاكوس وينشأ من هذه العواقب والمضاعفات سوء التغذية وتطيل
ألفو

النق وكتساب السحنة هيئة الجبله
وقد لا تقصص ضخامة اللونين اعلان واضحة ولا مضاعفات أصلا

(المعالجة)

تصالح البنية المتنازمية بالمقاومة بالمقويات المرح وزيت السمك
وتس اللونين الغضيتين بجلود فوق كلورور الحديد أو صبغة اليود أو بالبحر
الفضي أو بحقوق الشب والستين على مرات حسب الأحوال وإذا كانت الضخامة
لحمية لم تنجح بهذه الأدوية بلزم إجراء عملية القطع بالمشط أو الآلة
المحفوصة لقطع اللونين أو يفضل الكي النقطي بواسطة الترموكوتير
أو الجالوانوكوتير ويكون للشفاء تكرار الكي بعض مرات قليلة على حسب
الأحوال

ولأجل إيقاف التريخ الشعري بعد القطع يغير المريض قطعا صغيرا من الحديد
أو يتغير بماء الكحل أو بجلول قابض خفيف ثم تستعمل عرقة بورية أو فينيكية
حقيفة ويدهاوم على ذلك حتى يتم التئام الجرح الذي يحتاج إلى بعض
أيام ولا يتصرح المريض بهذه المدة إلا بالأغذية السائلة أو الرخوة
السيطة

(مائتا في الاكتساب البلعومي الحاد)

التهاب البلعوم الحاد أيضا بالذئبة البلعومية إما ترقى أو خلفوني أو
هريسي ومن النادر جدا وجود الذئبات البلعومية وحدها وهي تشغل
الحلق كله عادة أما البلعوم واللوزتين والمهارة وقواعها
أما الذئبة البلعومية التولية فأسبابها البرد والرطوبة وتصف باحمرار
الغشاء المخاطي وجفافه ولحمائه واستفاده وظهور الغدد المخاطية على
سطحه هيئة برهوات رميلة وارتشاح النسيج الخلوي تحته يتفحم النهائي
ويسبق ظهوره غالبا حضورها عند الأطفال أعراض عامة كما تشتمل على

٣٤٠
ممكنة والهي والصداع وتكسر الاطراف واضطراب المعدة وقد تكون هذه
الاعراض العامة هامة أو مفقودة وحسب المرضي بحرارة وجفاف في الحلق
والأم وصعوبة في الازدراء تشتد عند اليقظة صباحا وتتلطف نهارا وفي
اليوم الثاني أو الثالث يتلطف اللق وتتكون فيه مواد مخاطية سهلة الانسحال
بالتمتع وتجنف في الصباح فورا وتختفي المعقد تحت الفك قليلا ثم تخف
الاعراض وينصرف الالتهاب ويبرأ المرضي في مسافة اسبوع تقريبا
والذجة التزلية قابلة للتكسبات بعد شفاؤها وقد ترجع بأقل سبب
كالبرد والرطوبة واضطراب المعدة وقد تنتهي بالحالة المزمنة
وقد تعجب الذجة الحلقية تقرحات سطحية صلبة كالقرحات الحارضية
قاعها مصغر وتكسيب النفس رائحة متنة تشاهد بالاكثرة عند الحمضات
والسلامة الملازمين للمرض والاشخاص المحفوفين بمراداة الصحة ويكون
اصلاح شروط الصحة واعطاء المقويات الكينية والحريدية لأجل
شفاؤها في مدة أيام قليلة

وأما التهاب الحلق المزمن فينشأ عند البالغين عند الاطفال الصغار ويصحف
ابتداء بأوصاف الذجة التزلية ثم تشتد الاعراض العامة والموضعية
وينداد الألم وصعوبة الازدراء ويتكون خراج تختلف اعراضه باختلاف
موقعه في الجزء العلوي من البلعوم أو السفلي فإذا كان مجلدة مرتفعا
يظهر بهيشة تبرز يمكن الوصول اليه بطرف الأصبع والاحساس بتوجه
وأما إذا كان مجلدة منخفضا فلا يمكن مشاهدته وحسب انه ينفط
على الحجرة فوجب عسر النفس والاختناق فلاجل عدم اكتسابه بالكره
وأوزيا المنكاريين التدقيق فاعتبار سوابق المرض وسيره وأوصاف
الألم وصعوبة الازدراء وأذخالا الأصعب استقصاء في الحلق لأجل
استكشاف الخراج

وقد ينسب خراج البلعوم المزمن الى التهاب العقد اللقافية خلفه وهو
مرض

منه من خطر لانه ربما يؤدي الى الاختناق بضغطه على الحجرة أو انسكاب مدهون
فيها وقد يتضاعف باوزن الماء ولذلك تلزم المبادرة في سرعة فتح المشرط
وأما التهاب البلعوى الهريسي فإنه يقصف بظهور حويصلات متباعدة
عن بعضها أو متعذبة كحويصلات الهريس مصحوبة بالتهاب واضح في الغشاء
الغاطي تحتها وتكون الحويصلات بسرعة وتسبح وتنفقها فتترك مبقعة عشائية
وقد تكون الحويصلات كثيرة منتشرة ومختلطة فيقعها تكون اغشية كاذبة
مرئية ليست دائما قاصرة على البلعوم فقط بل قد تكون عامة للحلق والوزن
وقواغها حيث يمكن التماسها بالدقيريا ولكن الاغشية هنا تستمر مبقعة
غير كابية وملتقطة بالغشاء الغاطي وإذا ترحلت توجد تحتها قشرة أو
أثرة الطلم قريبة من الانتهاء وتركيب الاغشية الكاذبة هنا يشبه تركيبها
في الدقيريا لكنها لا تحتوي على الميكروب الدقيق

وسبق ظهور الذئجة الهريسية دور هجوم فيه الأمراض العامة قوية تصنف
بتشخيص شديدة وحادة جدا ومضاعف غيبه بصداع التهاب السحايا
(الذئج) واضطراب هضمي مع قيح وتتر هذه الأعراض مدة يوم أو يومين
ثم يحس المريض بحرقان شديد في الحلق والم فاصور في الغالب على جهة واحدة وتحتقن
الفرد تحت الفك ثم يظهر الطغم الهريسي باومهاة السابقة الا أنه لا يصحب
الطغم بهامة اللون ولا انحطاط عام وبمدهضي بعض ايام تلتطف الأعراض
العامة والموضعية ويحصل الشفاء بسرعة بدون نقاهة تقريباً ويصحب
الذئجة الهريسية غالباً ظهور طغم هريسي في الانف والفم وفي الفم والخراج
وصق الرحم وفي الجلد وجودها يساعد جداً في التشخيص
(الاسباب) الذئجات البلعوية ألمادة تشاهد في جميع الاعمار واصكثر
حصولها في سن الطفولية وعند الشبان وتحدث من تأثير البرد والرطوبة
خصوصاً عند المترففين او المنتهكين والاطفال ذوي البنية الخنازيرة
أو الراسنيكية ومن اسبابها ايضاً مجهودات الصوت وانسداد

المشروبات والمأكولات والحواهر للهجة الحرشفة والكابوة ونحوها
وقد مشاهد الذجة البلعومية تابعة لالتهاب الاعضاء المجاورة
كالنم أو في بعض الأمراض العامة كالروماتيزم والحصبية والقرصية والحمى
النفوذية والحمى والقرص

(الملاحظة) إذا كانت الأعراض العامة والمصفراوية واضحة بدأ بإعطاء
سهل على أومقيته ثم تعالج الذجة بالفراغ الملية أو تمس بالجلس من
البورات ومنه تطفئ الالتهاب تستعمل الفراغ القابضة وبعضهم يفعل
التشريط في الذجة الغشوية لأجل تدارك الشفيع ومن حصل الخراج طرأ
فتمه عاجلا واستعمال الفزعة البوراتية حتى يتم خروج
ولأجل تدارك حصول المنكسات طرأ ققوية البنية واستعمال الماء الباردة
عسلا ودوشا وتجنب مجهورات الصوت والطوبى والأجرع للهجة

(رابعا) الالتهاب البلعومي المزمن

التهاب البلعومي المسمى أيضا بالذجة البلعومية المزمنة يعقب الذجة
الحادة أو يستمر في بطيء بدون أعراض واضحة أو يحس المريض بجفاف في الحلق
وحراقة خفيفة ونقبشة وأكله أو خشن يتقم عند اليقظة بمساحات تطفئ
بالتهاد وتكون على سطح الغشاء المخاطي مواد مخاطية خثينة لزجة تتجلى أحيانا
بالتسبب عنها سعال وتتم حلق متعب ويتكرر الازدرار خصوصا إذا
الغلاب ويصير التكلم مؤلما فيمنع المريض من تأدية وظائفه القبولية
كالوعظ والأفوكاتو والمغف ومن تكلم في مكان بارد يؤثر الهواء البارد
على الحلق فيزيد التهابه ويشد تألمه ويصير الغشاء المخاطي حمرا
كاليا لاساجا فاستنقا ويصير سطحه حبيبا ويعبر عنه حينئذ بالذجة
البلعومية الحبيبية وإذا امتد الالتهاب إلى بوق استاكوس يحصل
في السمع ثقل

ثم إن الحبيبات في الذجة البلعومية الحبيبية تكون من ضخامة الأجرة
المخاطية

المخاطية ويبلغ حجمها من حبة الدخن الى حبة الشهد اذ وتكون منتشرة متفرقة أو عديدة مجتمعة ومتقاربة أو مختلطة وتكون لونها احمر كاسبيا وقاعدتها عاطلة بشبكة من الالوانية الشعرية المتعددة ويصحب الالوانية الجيبية في الثآليل التهاب مزمن في الشتاء المخاطي للفتحة الخلطية للحمى الانفية والتهاء المخاطي للحفرة والموزين والتهاء وقد يصل الى سقف الحنك وقد يعتبر الالتهاب على الوجه الخلقي لقوائم اللهاة ويوجب تألم للربيع ولا تيسر مشاهدة بالبحث السطحي بل يحتاج الحال الى البحث بالمرآة لاجل استكشافه ومعالجته

وسير الالتهاب الخلطية المزمنة بطيئة جدا ويحصل فيه ثوران حاد زمنا فترضا وانا كان المريض حساسا جدا عصبيا يتعب خاطره ويتفكر في حاله على الدوام ويستشير الحكماء واحدا بعد واحد وربما انتهى الحال معه بالما ليخوليا

(الاسباب) البرد والرطوبة والمهيجات الموضعية كشراب الدخان والمشروبات الكحولية ربما تولد الذئبة البلعومية المزمنة وتساعد على دواها ويكثر حصولها مع الفرس والروما يترجم والديايزه الهوسية (المعالجة) المعلقة العرضية تشمل تلطيف الالتهاب وتحسين الحالة البلعومية باستعمال المياه الكبريتية والزننجية والقلوية من الباطن وتفرغها ولكن حيث ان الفرع لا تقبل الى البلعوم فلا تقيد في معالجته ويفضل عليها استعمال محلول نترات الفضة أو صبغة اليود بواسطة الفرشة وأما معالجة الجيبات فتحتاج الى ازالة فيها اما بالاكى بالوناسا بطريقة ماكثره اذ يكثر الجيبات واحدة أو اثنتين فقط كل يوم ولكن هذه الطريقة بطيئة ومتعبة ولما ان تكوى الجيبات بالجلو انزكوتير بطريقة ميثيل اعينكي يكثر سطح الجيبات بالسلك في مسافة محدودة ويكرر الكى بعض ايام ويرجع الكى بالجلو الى على الراموكوتير لسهولة

ادخال وانخراج السلك الجلولي باردا وعدم تعرض الاجزء الرخوة البسيطة
للكم كما في الترموكوير

(خاصة في عتقنا الحلق)

عتقنا الحلق قد يكون ناعية للأعراض العفنة العامة كالحميات الطمحة
والحمى التيفودية والدوسنتاريا أو مضاعفة للذبحات التامونية والدفتيريا
أو يكون العتقنا ذاتية ونشاهد كثيرا عند الأطفال كالنوماء والاداء
عند الكهول

وتبتدئ العتقنا التاجية عادة يبطئ بدون ألم ولا أعراض واضحة
وأما العتقنا الذاتية فتبتدئ بحكة حمى وألم يبقها ظهور بقع عتقنية
سحابة أو مسودة منتنة من حجم المصاصة الحجم الفريك بحسبها الوزن
وسرع البلوم حاقها متخمة وغير منتقلة ذات لون أحمر داكن تنتهي
لأما بالسقوط وتبقى فرجة نظيفة تلحم بسرعة وأما أنها تمتد وتقبل بالغة
العتقنية المجاورة وتم الحلق وتمتد في الفم إلى الشفتين وتترنح
الحجرة وبالبلوم ويصعب استقار مهول في المقد التناوية تحت الفك
وتلعب زائدة وراحة متنتة في النفس وخفة في الصوت وصعوبة زائدة
في الازدراء وجبوط في القوى وأدناميا أو ضعف وضعف في النبض وهامة
في الجلد وأعراض عصبية كالهذيان والكوما ويحصل الموت في مسافة بضع أيام
من حرمين إلى اسبوعين إما بالكوما أو بالاعما

وتعاج العتقنا الحلقية كالنوماء بالكمي بالحوامض (كلوايدريك نتريل)
أو بالترموكوير والفنسل بالسوائل المضادة للعفنة كالحول تحت كبريت
الصوديوم وحمض البوريك ويعقوى المريض بالمقويات كالكيما والعمقوة
والكحول

(سادسا في دفتيريا الحلق)

دفتيريا الحلق تنعقد تكون أغشية كاذبة في الحلق ربما تمتد إلى المسالك
الهوائية

الهوائية والبلعوم وتقعها أعراض عامة تختلف حدتها وبالنظر لهذه الأعراض
يعبر عن الدفئ بالبيئة أو البسيطة أو الحبيشة أو المتوسطة
(الأعراض) مدة التعرّيج تختلف من يومين إلى سبعة وقد تكون أقصر من
ذلك أو أطول بكثير وفي الأحوال المتوسطة الحدة يتدرأ الدفئ غالبا
بأعراض هبوم خفيفة كالحمى والم الحلق وصعوبة الازرداد وخنة الصوت
ويحصل احمرار في الغشاء المخاطي للبلعوم وأحدى الفوزتين أو هما معا وتظهر
على سطحه بقع مبيضة تكون أولا رقيقة نصف شفافة كالمخاط المنفقد ثم
تسخن بسرعة وتبيض وتكتب هيئة الاغشية الكاذبة وهي تلتصق بالغشاء
المخاطي بجفّة بحيث يمكن عزلها عنه في الابتداء بسهولة ومثاقف فصلت
يظهر الغشاء المخاطي تحتها حمرا فاقدا للبشرة ومنجا قليلا بسبب الانتفاخ
المحيط به ولا تكون فيه تقرحا إلا في أحوال استثنائية وبعد مضى بضع
ساعات تصير الاغشية الكاذبة سمكة تبرز على سطح الغشاء المخاطي
وعند في اتساع عظام بحيث تقطى معظم الفوزة والم الحلق وتلتصق بقوى بالغشاء
تحتها ويصير لونها مصغرا أو سجايا ويمتد التهاب والانتفاخ على اللهاة
وقوامها واللوزتين وتتغلط هذه الاجزاء بالغشاء الكاذب قبل انتهاء اليوم
الأول أو الثاني وتنتفخ المقدمات الفك في جميع الأحوال تقريبا ولذلك
يعتبر انتفاخها علامة مهمة في التخفيف

ومن ابتداء اليوم الثاني أو الثالث تشتد الأعراض الموضعية كالم الحلق
وصعوبة الازرداد ويخن الصوت ويهت الجلد وأما الحى فتكون في
الغالب متوسطة الحدة أو خفيفة
ومن أوصاف الاغشية الكاذبة سرعة قولدها بعد ترعها فاذا صار تغليف
الحلق يكفي لتكونها ثانيا مسافة بضع ساعات خصوصاً عند الاطفال
وأما عن مسد الكهول فتولدها يحتاج إلى مدة أطول من ذلك
وتنمو الاغشية الكاذبة من الباطن إلى الظاهر حتى انه كلما تكونت طبقة

جديدة فوق سطح الغشاء الملتهب تدفع الطبقات القديمة أمامها وينتج من ذلك
اكتساب الغشاء هيئة وريقية وتتفصل منها الطبقات السطحية وتسقط
على هيئة شرائح مقزقة غير متصلة ويمكن نزاعها بسهولة وأما الطبقات الخائرة
فلا يمكن نزاعها إلا بصعوبة وربما اعتصمها نضج دموي خفيف وإذا كانت الغشاء
الكاذبة مخضرة أو أبيضاج من الغشاء المخاطي وعاطلا باستفاح شديد ربما
يشبه بالقرحة في البث السطحي

ثم إن الأغشية الكاذبة لا تحفظ لونها المبيض أو المخضر الطبيعي فيقير لونها
من اللشروبات ومواد القئ والنضج الدموي للطلق أو الرعاف وتغير
داكنة أو مسودة وباجتماع هذا اللون تلحظ النضج المنتنة ربما تكتسب
هيئة الضفيرة وقد تقهف الدفيرة حقيقة بالعتريا خيلهم الغشاء
في البث لأجل تعيين الحقيقة

ويصعب الدفيرة غالبا ظهور الزلال في البول ولا تعتبر هذه المضاعفة
خطرا في الأحوال الخبيثة

وإذا كانت الحالة حميدة يتبدل المصير من الميوس السادس إلى العاشر
فيصف احتقان الند تحت الفك ويقف تولد الأغشية الكاذبة ويتوقف
الغشاء المخاطي ويصير ورديا ويسهل الانزلاق ويدخل المريض في النعالة
وهي بطيئة ويسهر المريض فيها عزيمة للشلل الدفيري والمضاعفات الأخرى
المذكورة في العموميات

هذا هو الشكل المتوسط للدفيرة وأما الشكل الخفيف فإنه يقف بظهور
بعض أغشية لا تعتمد على سطح الخلق كله ولا تتجدد بمدسقوطها ولا
تضيقها أعراض عامة واضحة وتتشاهد هذه الأحوال في الأمانة الغير الولية
ومع ذلك فإنها تعرض المريض للنفاة المستطلة والمضاعفات الدفيرة
على العموم

وأما الشكل الخبيث فإنه يقف بحم شديد ربما يصل إلى ٤٠ فأوقها بعض

بقشرة

بشعرية متكررة ولحم وهذا من عطش زائد وسهامة في الوجه وتلطف
هذه الأعراض في اليوم الثاني أو الثالث أو تزول ويشعك المرض في الابتداء
بآلام قوية في الحلق وصعوبة فائقة في الازدراء واحتقان مهول في العقد
تحت الفك بحيث تنفتح جدارا وتحتل بيضها على هيئة دم يحيط بالعق في
هذه الفك ويتورج الجدار في هذا ويصير سحائبا وكما تقدم الأمر للاحتقان
الحددي على ظهور الأغشية الكاذبة كلما كان الانذار خطرا وقد تقيم الضرر
كالخبر جلات فإذا حصل التقيح وأوائل المرض يد علامة خبيثة وأما استقام
العقد المتفاوتة وتقيحها بقرب انتهاء المرض فإن الخطر يكون فيه أقل ما
بيناه قبل

وتكتسب الأغشية الكاذبة في الشكل الجديد — أوصاف أخرى
فغفلا عن تلونها بالأصوار والسواد بسبب الفتح الدموي تكون خرة
على هيئة طبقة عجيبة متقبة وتتولد بسرعة مهولة ويكون الغشاء
المحاطي تحتها بنفسجا أو مسقما بنقط أبيضوية وتنتشر من الفم رائحة
كريمة تقرب من رائحة الفخريين ويسيل من الفم لعاب صديد مخزير
وتصعب الأحوال الخبيثة دفتيريا الحفر الأنفية التي تصف بتكثفات
الأغشية الكاذبة الرخوة وسيلان مادة مخاطية صديدية أو دموية
أو راف حقيقي وإذا امتد الالتهاب إلى القنوات الدمعية تحمل العين
وسيل الدمع على الفك وقد تمتد الدفتيريا على الملتحمة وربما أعقبها فقد
الأبصار

وقد تمتد الدفتيريا بواسطة بوق استاكوس إلى الأذن الباطنة ومنها
إلى القناة السمعية الظاهرة فينشأ عنها طنين في الأذن والام حادة وربما
فقد السمع أو يحصل التقيح في الأذن ويسيل الالتهاب إلى السحايا وقد يصير
التهنم الدفتيري ما ما فيصيب الأغشية المخاطية الأخرى كالمستقيم
والفرج أو يصيب الجلا خصوصها في الحال المعرأة عن البشرة فيما إذا وضعت

الحارثي هو ارسل العلق غلطا في المعالجة ومن المشاهد أن امتداد الدفترية
الى الحفرة والشعب يكون أكثر حصولا في الدفترية المتوسطة الحدة التي
سبق شرحها منه في الدفترية الخبيثة

وما يصف به الشكل الخبيث اكتساب الاعراض العامة هيئة التسمم الدفترية
فتكون الانيميا شديدة ولون الجلد في الوجه والايدي كالبياض شحبا والنبض
خفيفا وفيما والقوى مخففة والضعف متزايدا والشهية مفقودة والبول
نذاليا ويخرج الدم من الانف واللثة والغم والحلق وتحت الجلد بشكل الفوفيرا
وقد يشاهد طغ جلد موصى أو قزموه أو حمراوي ويتفتح الكبد والطحال
وأما العقولية فإنها لا تستأثر عادة ولا يحصل الموت بالاستغنى لأن
الحفرة لا تصاب في الشكل الخبيث الا نادرا ويموت المريض عادة بالأعما
أو شلل القلب أو الهبوط

والشكل الخبيث سريع الخط قد يقتل المريض في مسافة ٤٠ ساعة أو في
مسافة يومين أو ثلاثة وقد يمتد الى ستة أيام أو عشرة بالأكثر وقد ينتهي
بالشفاء ولكن تكون النقاهة بعد بطيئة وتنصف بالهبوط والضعف الشديد
ورعومات في اثناء النقاهة بالأعما أو بارتيزيا القلب

(التشرح المرضي) أو صاف الاغشية الكاذبة وتركيبها والباسيل الدفترية
سبق شرحها في الدفترية على العموم وأما الآفات المرضية فإنها تشاهد
في الوزين والبلعوم وتنصف في الوزين بتكون الاغشية الكاذبة في
الثنيات الكرينية ووصولها تحت البشرة وارتشاح الأدمة المخاطية بالمادة
اللقاوية والكمات البيضاء والحمراء واحتقان الأوعية وامتلائها بتركبات
بيضا وينتج من ذلك انتفاخ الأدمة بدرجة مختلفة ويتم المنفع منسوجها
الخامس والأجربة المخاطية معا وتكتب اللوزتان ضخامة كبيرة
وأما الحشاء المخاطي لمعلوم فتشاهد فيه علامات الالتهاب والانتفاخ
الناشئ من المنفع وتكون الاغشية الكاذبة بدرجة أقل حدة منها في الوزين

ويصحب

وبسبب هذه الآفات اعتقاد العقد اللغوية ولا يختلف استقاضها
هنا عن ما سبق شرحه في المميزات

(التشخيص) تتميز الذبجة اللوزية للحادة البسيطة عن الدقيرة بشدة
الفتش يرات والحمى والصداع وتكسر الأطراف التي توصف هجومها وتغير
الدقير يا حجة هذه الاعراض العامة في الشكل الخفيف والنوع بطر سرعة
ظهور اعراض الانيميا والاعطاط وبعض النفر في الشكل الخفيف ويغير
النوع المبين للجحش للذبجة اللوزية بكونه غير محدود الحواف حيدراوسيل
انفصاله ولا يعمل المثل قوله ثانيا وتغير الاعشية الدقيرة بكونها
محدودة الحواف ادة ونونها مبين محاط ابتداء لم يعرف أو سجا في
فيما بعد وقوامها متين ولا تفصل من الحشا تحتها الا بصعوبة ومثوله
بسهولة بعد نزرها واحتقان العقد تحت الفك قليل الموضع والذبجة
اللوزية واستقاضها راضع في الدقيرة

وبصر الشخص بين الذبجة اللوزية العظموية والدقيرة الجبشة
لأن شدة الاعراض العامة والموضعية ابتداء تشابه واذ انقها عف
العظموي بالفتش يكتسب الغشاء المخاطية الاعشية السكابة
الجبشة وتكتسب الاعراض هيئة الضعف والاعطاط فتزيد الالتباس
لا سيما وان احتقان العقد تحت الفك يتشابه حينئذ في الموضع ولكن
الاحتقان الدقير يكون مبدا واحدا والالام الموضعية وعسر النفس
والازداد في الدقيرة اقل درجة بحيث يسهل فيها الكشف على الحلق
ولا توجد القيء ولا قوائها ساقطة بدرجة سقوطها في الذبجة
العظموية

وأما الذبجة المربسية فأنها تتميز باعراض هجومها القوية واستقاض العقد
فيها حجة واعشيتها الكاذبة لا تم الحلق الا نادرا وتكون ملتصقة جدا
بالغشاء المخاطي ويكون لونها مبين جدا ولا تصعبها اعراض الانيميا

ولا الهبوط ولا البول الزلال لأنها آفة موضعية صرف ويدبر المريض منها بدون نقاهة تقريبا ومع ذلك فقد يصعب التشخيص ويلتزم الطبيب بالاحتراز في الانذار وعلى العموم يلزم الحذر في جميع الذبجات المصنوية بأفرازات بقلية مبيضة

وأما تشخيص شكل الدفتر يسو كما كان خفيفا لم يتوسطا أو ثقيلا فلا يمكن الحكم فيه قطعا في أغلب الأحوال لأن هذه الاشكال قد تتحول وربما ابتداء المرض بشكل خفيف وانتهى بالحبث وربما برز المرض من الشكل الحبث ومع ذلك فأن انتفاخ العقد الميادر وشدة امتداد الدفتر إلى لحن الانفية وشدة الاقياء والاعطاط والاعراض العامة كلها تعلن بالخطر وحصول النشم بأفرازات الباسيل الدفترية

(الاسباب) دفتريا الحلق في المادة تصيب الأطفال المحدثي السن بين ٣ و١٥ سنين ولا تصيب الأطفال الرضع إلا نادرا جدا والأطفال الكبار أكثر عرضة لها من البنات ويمكن حصولها في جميع الاعمار وتشاهد بحالة مستمرة في بعض الجهات بصفة جنسية وتغور زنا من منا على حالة وبائية خفيفة أو خبيثة وحصول الذبجات عند الشخص بصفة مستمرة للدفتريا والاصابة بها مرة لا تمنع من الاصابة بها ثانيا وكما أنها ليست نادرة ويمكن اكتسابها بالعدوى بالواسطة أو بالهواء ولا تعلم طرق المهدوء بالهواء جيدا

وبالحكمة قد فتريا الحلق إما أن تكون اصلية أو عارضية للأمراض العامة كالقزمية والجدرى والحكي التيفوئية ونحوها (الانذار) يلزم التنافي في الانذار لأن الأحوال القاتلة خفيفة ربما تكتسب خطرا كبيرا فجأة بامتداد الالتهاب إلى الحنجرة وعلى العموم يعتبر امتداد الالتهاب على سطح متسع ووصوله إلى الالف ومضاعفاته بالبول الزلال علامات رديئة وانتفاخ العقد اللقافية بدرجة مفرطة يعلن

يلين الفطر ايضاً ويختلف الانذار باختلاف نوع الوباء وحدته وربما
 وصلت الوفيات في بعض الوباءات الى ٥٠ أو ٦٠ في المائة
 (المعالجة) - المعالجة الواقية تشمل عزل المريض وخصوصاً ابعاد الأطفال
 عنهم حتى يتم الشفا بخمسة ايام ويطعم تطهير المواد الملوثة ولما
 يغليها أو حرقها أو معاملة مياه الجير والماء وإذا هلك الطفل يلزم تخيير
 أودته بزهر الكبريت ورشها بماء الجير ولا يتصرح بالسكن فيها إلا بعد مضي
 نحو الثلاثة ايام وتراعى بقية الشروط المعصية العامة بالذمة
 وأما المعالجة الدوائية فهي متنوعة جداً وتقرباً كل طبيب له طريقه مخصوصة
 برؤسها وأساس المعالجة هي الادوية المضادة لنمو الباسيل والادوية
 المقوية للطفل

أما الادوية المضادة لباسيل الدفيرة فتشمل غرغرة ومغسا فللغرغرة
 يستعمل محلول السليمان أو الجليسرين السليمان (اليوم) ومحلول
 البوريك (١٠) وبزوات الصودا وحدها أو مع كلورات البوتاسا
 (١٠) وماء الجير وعصير الليمون ومحلول الكتيولين الكولي (١٠)
 والكالكيتوس فيترغر المريض كل ساعة مرة وإذا كان الطفل صغيراً أمسح
 حلقه كل ساعة مرة بمحلول أقوى مما ذكر وانما يفعل المسح بواسطة القطن
 الطبي بقوة مناسبة لاجل فصل الاعشية الكاذبة بدون ادماء النشاء
 المخاطية عنها ويفعل الرز أو التبخير بمحلول مخفف جداً وبعضهم يوصي
 باستعمال مرهم يوردي اوزينج خفيف على المقعد النفوسية وبعضهم
 يمنع استعمال المرهم المذكورة

وأما المقويات فتشمل الأسماك المأكولة والخبز والقهوة والكمون والكرفس
 ويضاف ماء الجير الى اللبن ونظم الكينا وفوق كلورور الحديد وتختلف
 هذه الادوية ومقاديرها باختلاف سن الطفل وقابليته

(سابعا في زهر العلف والحلق ٧)

زهر العلف والحلق إما أن يكون ابتدائيا أو ثانويا أو ثلاثيا وإما أن يكون
ورائيا أو اكتسابيا

أما الزهر الابتدائي أم القرحة الزهرية الابتدائية فإنها تشاهد عند
الرجال أكثر من النساء وعند الأطفال الذين يكتسبونها من ثدي المرضع
وتحصل في العلف غالبا ونادرا في الحلق وقد تحصل العدوى بلا واسطة من
استعمال أواني الأكل والشرب الملوثة كالمعلقة والكوبية وبربور المسيل
وفي السجائر ونحو ذلك

وتكون القرحة وحيدة عادة ومتعددة في النادر وتختلف أوصافها باختلاف
الذوق إذا كان جلسما الشفة السفلى وتحت زاوية الفك إذا كان جلسما
في بقية أجزاء العلف وتكون مدتها بين ١٠ أو ١٥ أسابيع وقصة الشفة
بالقرب من زهرها ربما تلبس بالسرطان الشفوي ولكنها تميز بسرعة ظهورها
وباستفاد العقد الذي يصحبها بخلاف السرطان فان سيرا بطيئا ولا تستف
العقد إلا بعد مضي بعض أسابيع أو أشهر من حين ظهور

وأما القرحة الرخوة للنف فإنها نادرة وتتميز بقاعها اللين السطحي وحافتها
المقطوعة قطعاً عموديا وربما تستعاضف بالسير الشبكي والخير جلالات
وعدوى المريض بالكفاح

وأما القرحة الزهرية في اللوزتين فإنها تعيب لوزة واحدة عادة وتحتل
أوصافها فإما أن تكون مغطاة بطبقة دهنية مبيضة بقيتها بالعتشاء
الكاذب أو يكون قاعها إسفانياً خشناً صلباً ويصحب انتفاخ اللوزة
بتيسر قوامها وتقلب عند الأزداد وانتفاخ العقد اللغزانية تحت
الفك وتميز القرحة عن الدفيرة بأقبحها والآفة على لوزة واحدة
وتيسر اللوزة المصابة ولين الإفراز الانتهاء وسهولة نزحها ووجود
القرحة تحت وجود الصحة العمومية بخلاف الدفيرة فإنها تمتد
على

على اللوزتين بسرعة واغشيها سميكة مينة لاستقبال الابعصوبة وتجهيزها
اعراض عامة واضحة وأما اذا كانت القرحة متسعة غير منتظمة ومنطقة
بمادة لزجة ممتلئة فربما تلتهب بالسرطان ولكنها تتميز عنه بسيرها
المسرع وفقد الألم الذاتي فيها فلا تتألم الاوقات الازدراد ولا تدمى
بالس ويصحبها استسقاخ العقد اللثاوية بخلاف القرحة السرمطانية
فان سيرها بطيء ويصحبها ألم ذاتي مستمر يزداد وقت الازدراد وتدمى
بسهولة ويظهر الاستسقاخ العقدية فيها متأخرا
وأما الزهري الثاوي فانه يظهر في العادة بشكل اللطخ المخاطية التي
تختلف أوصافها فتارة تكون على هيئة تسلخ أو حلمات متفرقة أو غير
متفرقة على حسب مجلسها ففي الشقين تكون عادة على هيئة تسلخ
صغير مبين وفي اللسان تكون على هيئة تسلخ أو حلمات تتفرع بسرعة
في حافة اللسان وتتشقق في ظهرهم وتضمير ضخمة شبيهة بورم سرطان
أو متبسط وتضمير مله وفي اللوزة تكون مغرطة مبيضة وتنتشر مقددة
فوق اللوزة والتهمة وقوائمها وأما في البلعوم فتكون نادرة جدا
واللطخ المخاطية غير مؤلمة ولكن تنشأ عنها صعوبة الازدراد في الحلق
وتعقبها العدوى بعد شهرين أو ثلاثة وتبرأ وتعود بحيث ستلزم
المريض عدة اشهر أو سنتين ومواد افرازها معدية جدا ويصحبها استسقاخ
العقد اللثاوية تحت الفك

وقد يظهر الزهري الثاوي على هيئة ابرنما خاصة بالخلق أو عامة للخم
والخلق معا بلون أحمر لعل ويصحبها عادة ابرنما الحنجرة
وأما الزهري الثلاثي فيظهر إما على هيئة تقرحات ثعبانية أو ثاقبة
أو على هيئة ارتشاح صفى أو أورام صفية سهلة التقرح
أما التقرحات الثلاثية فأنها تشبه التقرحات الجلدية وتضمير الحلق
غالبا فاذا كان مجلسها الهامة أو قوائمها فأنها تؤكلها وتهلكها بسرعة

فإذا كانت ثقبانية تتميز بحافتها الغير المتقلة المتعربة وبقاعها السحاب
المغطى ببقع اسقورية وسيرها المشاف أو الشاف وإذا احتابت فتحة بوق
استاكايوس توجب تألم الاذن بحدة وأما اذا كانت القرحة ثاقبة فتعير بصغر
جهدا وقطع حافاتها قطعاً عامودياً وانتفاخ الاجزاء الرخوة حولها انتفاخات
اوزيماوية ويكون الثقب الذي يعقبها مستديراً أو بيضاوياً ولا تتعدى
الاجزاء الرخوة عادة وأما قرحات البلعوم فتعير بكونها سطحية عادة وغير
مائلة للظهور وسيرها بطيئ وقاعها متعرج أو جاف ومغطى بقشور
والقرحات الثلاثية غير مؤلمة قلماً ذاتياً وإنما توجب تألم الارترار وصعق
وخنة الصوت واضطراب السمع وتألم الاذن ولا تنحصر جميعها ولا اعراض
عامة ولا ينسب عنها احتقان والعقد ولا تنحصر أوصافها في الزهر
المكتب والوراثي

وأما الارتشاح الزهري الثلاثي فينشأ عنه في الابتداء انتفاخ الاجزاء
المصابة ومخاضاتها ثم تحدث رقة هذه الاجزاء وضورها أو انكماشها فتشأ
من ذلك تشوهات عديدة وبالجث الميكروسكوبي عن الاجزاء المتخنة توجد
مرشحة بخلايا جينية تنحصر بالاستحالة الشحمية والليفية ويشغل
الارتشاح الغشاء المخاطي في جميع سمكه ويمتد الى الطبقة العظمية تحته
والأوعية الشعرية ويوجب فساد منسوجاتها وزوال عناصرها ولا يصعب
الارتشاح الزهري الم ذاتي ولا اختلاف في العقد اللثاوية وتختلف
أوصافه وعواقبه باختلاف مجله

وبصيب الارتشاح الزهري اللسان غالباً فأما ان يقتصر على غشاء المخاطي
فيعبر ألسن حمر أو مبغضاً متيساجيث لا يمكن ثنيه بالاصابع ضعيف
الحس أو فاقد وأما ان يكون الارتشاح طائر في النسيج العضلي فيصير
اللسان مضطرباً وسطحاً متشقاً بحيث يضر الشق المتوسط بقدر آسنتر
وكثته لا يتقرح ثم يضر اللسان ويتيسس كالمقوى أو الخشبة ويتشور
وتفعل

وتعطل وظائفه في التكلم والمضغ والازدرد ولا يلتبس الارتشاح السطحي
بالآفات الشبيهة به الناشئة من الدباغات أو من شرب اللذان
وإذا كان مجلس الارتشاح الزهرى الهام وقوامها والفلحمة واللوزتان
مغصلا فيها مضامة مغرلة ثم تغمر وتنبس وتكس وتنش ويصير
سطحها حليا أو متشققا ويغنيق الحلق ويصعب الازدرد
وإذا أصاب الارتشاح الشفتين ينتفخان باستواء ثم يغمران ويرقان ويغنيق
الفم وتنش وإذا امتد الارتشاح إلى اللذين واللثة وقاع الفم يصير
التكلم والمضغ والازدرد متعسرا

وأما الأورام الصغية فإنها تنفخ عادة وتغور وتثقب الأجزاء الرخوة وقد
تصير شعباينة ولكن سيرها الشباني ابطأ وأخف حاقبة من التقرحات الجلدية
وقصبا الزهرى الوراني والمكتسب ولا يصحبها ألم ذات ولا احتقان والعقد
الشقاوية وتنش أو مصافها قليلا بتنوع مجلسها وتصيب البلعوم غالبا ولا
تتعب المريض قبل تقرحها متى تقرحت يصعب الازدرد وتكون قروحها مستديرة
متقلة مقطوعة قطعا عاموديا وقاعها مضمغاليا ولا تكون مائلة للنفور وقصبا
أشتر القام مبيضة غائرة وقد ينشأ عنها الخمام الهام بقاع البلعوم فيقتد
النفس بالأنف ويعقد الشم والذوق والأورام الصغية للسان تشغل
قاعته أو تكون غائرة في عضلاته ويختلف حجمها من قدر الحمية إلى البندقة
أو الجوزة متى تقرحت تصير قروحها غير متقلة وعليها ازاد لحية وربما
التبت بالسرطان وتنتهي بالانحطام وأما الأورام الصغية للشفين
فإنها بالأكثر تصيب الشفة العليا وتنش وتلتحم قروحها غالبا ولكنها
عزبة للتكسبات

وقد تلتبس الأورام الصغية المتقرحة بداء الذئب أو التقرحات الدرمية
أما داء الذئب فإنه نادر جدا في الحلق ويسبقه على الدوام قريبا ظهوره
في الجفون خصوصا في الوجه ويظهر ابتداء على هيئة حلمات قوية تنفخ ويظهر

جدا بحيث تحتاج الى مدة أشهر أو سنين وقروحها قليلة الغور ومنظفة
 بازرار حلية وحافاتها قليلة الفوضوح ضائقة بالتدريج وتكون الاجزاء
 الرخوة حولها مصابة بالارتشاح على بعد مختلف بخلاف الأورام الصنية
 فإنها تكون مستديرة محدودة سيرها سريع وقروحها غائرة القاع منظفة
 بلب سخاوي وحافاتها منتظمة مقطوعة قطعاً عامودياً والاجزاء الرخوة
 حولها غير مصابة بالارتشاح وتكون مصحوبة بأفات زهرية اخرى بلحمة
 فالبحث الميكروسكوبي يبين التشخيص باستكشاف الباسيل الدرن
 وأما التقرحات الدرنية للحلق فإنها لا تكون منفردة بل يصحبها على الدوام
 تقرحات درن رئوية أو معوية وتتميز عن التقرحات الصنية بقلة الانتساع
 والغور وعدم انتظام حافاتها ولانتشاهد في قاعها الطبقة البنية الرخوة
 الخاصة بالتقرحات الصنية والتقرحات الدرنية محاطة بمقدار صغير درنية
 واضحة ويصحبها انتساع في المقدار اللغافية تحت الفك وفي عقد الفم المقدم
 من العنق وطول في الصنية الرقوية الحليمية وتنشأ عنها الآم ذاتية
 شديدة تصير حادة عند الازدياد حتى أن المريض يمتنع عن الشرب
 خوفاً من ذلك وهذه الاعراض لا تشاهد في التقرحات الصنية ثم أنه
 ميكرو: كت أوكشط قاع القرحة والبحث عنه بالميكروسكوب واستكشاف
 الباسيل الدرن في يمين التشخيص

(المعالجة) إذا كاذ المريض مصاباً بقرحة زهرية في الفم أو الحلق يلزم
 الشروع في المعالجة العامة الزينقية فوراً وتكوى القرحة بحجر جهم بلطف
 ويدوم على المعالجة العامة بعد التهام القرحة مدة وتبلغ من شرب الدخاخ
 والمشروبات الروحية والبهارات ويتدارك القلب بالاعتناء ونظافة الفم
 واستعمال كلورات البوتاسا جرة وغرغرة
 وتعالج ظواهر المرض الثانوية والثلاثي بالمركبات الزينقية ويؤدر
 البوتاسيوم بمقدار كاف بحيث يمكن استعمال ٢ الى ٥ جرامات من المرم
 الزينقي

الزنيق دكنا واعطاء يودور البوتاسيوم بمقداره الى ١٨ جراما في اليوم
ضد الآفات الخطرة تمس الاجزاء المربضة بالخلول الآت (١٠٠ جزء من الماء و ١٠
من كل من يودور البوتاسيوم وصفته اليود) ويساعد على التحام القرحات
بمسحها بخمر جهم

انما نلزم للبادة والمعالجة القوية لأجل تدارك تلك الاجزاء الرخوة
وتنقيها ويلزم فعل المعالجة الزهرية في احوال الشبهة الزهرية لأجل عدم
ضرباع الوقت في انتظار تحقيق التشخيص ونيسرا يقاف الداء قبل ظهور
عواقبه التي لا يمكن مداؤها فيما بعد

(انما صافي دزن الفم والحلق)

دزن الفم والحلق يشاهد بالأكثر في اللسان والبلعوم والحلق وتنسب
عنه قرحات مختلفة ويستدعى التدوين بظهور نقط مصفرة قطر هانحو
دعج أو نصف ميطلة تستقط البشرة في جذائها وتكون قروح مصفرة
حافاتا مقطوعة قطعاً عاموديا لكنها غير منتظمة وموصفة بحبيبات
دخنية مصفرة وقاعها مغلى بمادة غاطية قيمة سخابة يسهل تظليلها
ويظهر تحتها سطح سخابي مصفر غير مستو بسبب وجود الحبيبات الدرية
الدخنية فيه وهذه الحبيبات تتجبن وتلين وتكون خراجات دخنية تساعد
على اتساع القرح في السطح والعمق وبالبحث عنها بالميكروسكوب توجد
الاجزاء الخرج حول القرح مرسخة بجالوا جينية ونسيج جيني
شبيه بنسيج الأزرار اللحمية ومحتوية على الحبيبات الدرية الأصلية
الميكروسكوبية المتكونة من الجالوا الهولية والجالوا الجنية والباسيل
الدري

وقرحات اللسان الدرية تشاهد بالأكثر في طرفه وسطحه العلوي والسفلي
وتكون في العادة وحيدة ابتداء وتنم وتنفور وتصير غير منتظمة تكمن
سورها بطيئاً ويعيبه غالباً السلسل الرئوي المزمن وتكون مؤلمة الماء

ذاتاً يزداد بلامسة الاطعمة والمشروبات وفي مدة المضغ والازدرداد
ولا تلبس بالقرحة الزهرية الا السطانية لأن القرحة الزهرية ليست موشحة
القطاع والحافة بجيبات دخنية مصفرة بل ان قاعها متبس وليست مؤلمة
بذاتها ولا بالضغط ويصعبها انتفاخ عقدي غير مؤلم وسطح القرحة السطانية
يكون منازلاً رطبة ناعية جداً سهلة الادماء تفرز مادة مائعة منتنة
وحافتها بارزة ومنقلبة الى الخارج ويحس المريض فيها بالحمى فاحس ذات
ويصعبها انتفاخ عقدي مؤلم ولكنه يظهر متأخراً

وأما تقرحات الدرنية في الشفة والشفة والحد وسقف الشك فانها نادرة
وتشبه تقرحات اللسان وتكون مؤلمة جداً خصوصاً مدة المضغ والازدرداد
وأما تقرحات الحلق الدرنية فيكون مجلسها في اللهاة واللوزتين والبلعوم
وهي اما ان تكون مزمنة ومرافقة لسل الرئوى المزمن فتشبه تقرحات
اللسان واما ان يكون التدرن حاداً كما يشاهد عادة في سائر السل الرئوى
الحاد فيصف بظهور تقرحات عديدة منتشرة على هيئة نقط دخنية مصفرة
مؤلمة جداً تحلط ببعضها وتكون قرواحاً عريضة غير منتظمة قاعها
وحافتها موشحة بجيبات درنية دخنية مصفرة ينشأ عن امتدادها
انتهاك الاجزاء الرخوة وقرق اللهاة وانخفاف العدة وتكون عديدة في
سطح البلعوم ولكنها تستمر سطحية دائماً بالتقريب وسير هذه التقرحات
سريع وتشتد آلامها بدرجة لا تطاق مدة الازدرداد حتى ان المريض
يراجع الجوع والحزن عن الأكل والشرب خيفة الألم ولا يزدرد لآلامه
وهذا ما يوجب التلبس عند وقديتد الألم الى الأذن والانتفاخ العقدي
الذي يصحبها يميل الى القيح وتدرن الفم والحلق يضاعف عادة السل
الرئوى ويصعبه درن الحنجرة والامعاء حتى تقعد الدرن الوهله الدرجة
يموت المريض بالسل في مسافة شهرين الى ٤ في الشكل الحاد وفي مسافة ٦
الى ٩ أشهر في الشكل المزمن

(العلامة)

(المعالجة) ليس المعالجة نتيجة في الشكل الحاد، أما في الشكل المزمن فيمكن التهام القروح بلداواة لاسيما قروح اللسان التي تنس بصبغة اليود وجليسيرين اليود وفورم أو كوكوي بالتزموكوتير وعلى كل حال يمكن تلطيف الألم بمس الاجزاء المصابة بخلول الكوكاين أو المورفين
(تأسفا في الآفات الخنازيرية للغم والحلق)

الآفات الخنازيرية تكون في الغم والحلق على شكلين بسيط وخبيث فالشكل البسيط يشمل التوازل والذبجات التزمية والبيضية وضخامة اللوزتين وكوجها والشكل الخبيث يشمل القرحة والانتهاك والتقي والتقرحات المشوهة التي تعقبها

واهم القرحة الخبيثة هو القرحة الذنبية وهي نادرة جدا في الحلق وتتشاهد عادة بين سن ٥٠ و٦٠ بعد ظهور الآفات الذنبية في الوجه والأنف في سن الطفولية وسير القرحة الذنبية للحلق بطيئ جدا ولا يصحبه تآلم أو يحصل به احساس خفيف جدا مدة الازدراء ويحصل ايضا خلاف القرحة الذنبية القرحة التي تعقب الذبجات التزمية والبثرية الخنازيرية

وتتبدى القرحة بتلون الغشاء المخاطي بلون بنفسجي ثم يظهر على سطحه ارتفاع مصغر يتقشر وتمتد القرحة في الممرز والمقو خصوصا في اللهاة والغصية واللوزتين ولا تصيب الغظام عادة ولا تمتد الى الحنجرة الا في بعض احوال استثنائية وتكون حافة القرحة الخنازيرية متقرنة غير مستوية وخرق راويزيماوية بارزة قليلا أو مسررة وقامها استحقاق اللون وتعتب الغظام اثر التهام مبيضة متكرشة وهذه القروح اذا كانت ضرومة الا أنه تنسب عن امتدادها صعوبة الازدراء وخفة العرق والحم وتعتبها اثر التهام مصيبة مشوهة ولا يصحب القرحة الخنازيرية استفاخ في المقعد تحت الفك

وتتفرع التقرحات الخنازيرية عن التقرحات الزهرية والدرنية والسرطانية فالتقرحات
 الزهرية سرعها اسرع وألمها أشد وحافاتها مقطوعة قطعاً ماموداً وأرض
 الخامسة أقل بياضاً وأكثر انتظاماً من التقرحات الخنازيرية ويصحبها
 انتفاخ العقد اللمفاوية بخلاف التقرحات الخنازيرية فإنها بطيئة
 السير جداً خالية من الألم وحافاتها غير منتظمة أوزيماوية أو مرمرة وأثر
 الخامسة مشوهة متكرشة ولا يصحبها انتفاخ العقد اللمفاوية وأما
 التقرحات الدرنية فإنها وإن كانت طبيعتها ماسيلية كالتقرحات الخنازيرية
 إلا أن أوصافها مغايرة كما سبق بيانه وأما التقرحات السرطانية فإن
 ازديادها الحمية السهلة الأدماء وحافاتها المنقبة إلى الخارج وللثة
 الأيقورية المنتنة السائلة منها كفاية في تمييزها وليس من النادر تحول
 التقرحات الذئبية إلى حالة سرطانية

(المعالجة) تكون المعالجة إما موضعية أو عامة فالمعالجة الموضعية تشمل
 مسالاً أجزاء المعالجة بعصبة الود أو بالجليسرين اليودوفوري والزرني
 والابخرة والدرش الموضعي بالمياه الكبريتية والزنجيفية (ماء الليقار
 وأورداج) والمعالجة العامة تخفف في المقويات والأدوية المرة وزيت
 السمك

(الفصل الرابع في أمراض المرى)

(أولاً في التهاب المرى)

المرى أقل عرضة لدواعي الالتهابات المزلية الخفيفة بالنقل لسحابة طبقت
 البشرية وقلة وعائته وإفرازاته بالنسبة للأغشية المخاطية الجاورة له
 ولا يتأثر إلا من المهيجات القوية وهو يكون إما حاداً أو مزمنًا ذاتياً
 أو تآبياً

(الأسباب) الالتهاب الذي للمرى ينشأ عن الجروح وازدياد السوائ
 المعجية أو الكارونية كالحوامض والقلويات المركزة والطويعر المقيح أو

من

من ازدياد الاجسام الغريبة كالشظايا العظمية وشوك السمك والدرابيس
وأما الالتهاب الناجب فأنه يعجب آفات الحلق كالقلاع والدفتر بالزهر
وأورام الحجاب المنصف والحميات كالجدري والحمى القيونية وآفات صمامات
القلب التي تنجمها عاقبة الدورة الوريدية وركود الدم في الاوردة ويجب
احتقانه بدرجته مختلفة

(التشرح المرعى) تشاهد الالتهابات بالأكثر في الجزء العلوي من المرعى
يرتفع الالتهاب الحاد باحمرار الغشاء المخاطي واحتقان او عتة الشعرية
واستفاحه بالنضج الالتهابي وتسجنه أو تقرحه أو استقابه أو تكون خراج
في النسيج المخاطي تحته ويكون في النادر محدودا وأما في الغالب فيحيط
ذلك الخراج بالمرعى وأما تنخر المرعى فأنه يشاهد عادة عقب ازدياد السوائل
الكاوية

ويتصف الالتهاب المزمن ببساطة الغشاء المخاطي وتكون جيبيات حلمية
على سطحه وتقرحه وقد تعلق قروح المرعى بالزهرى والاورم الصمغية خصوصا
وقد تشاهد بالمرعى بقرب القواد قرحة بسيطة شبيهة بقرحة الحسدة
البسيطة التي تشرحها قريبا ويعقب القام هذه القروح على العموم ضيق
المرعى وتشوهات مختلفة

(الاعراض والانتها) يعصب الالتهاب الحاد حركة حمية وآلام موضعية
يحيى بها بين اللوحين وخلف القصر وفي القسم الشراسيفي وتزداد
عند الازدياد لاسيما في السوائل الخارج أو الباردة جدا ويعصب
الآلام تشنج المرعى واجترار الجواهر القصار ازديادها إذا كانت
السبب جريا أو ازدياد الاجسام الغريبة كالشظايا العظمية ربما
يحصل تزييف غزير أو خفيف ويخرج الدم عادة بعد وصوله الى المعدة
بالقيء أو التقيؤ وإذا كان السبب جواهر كاوية يعصب المرعى
بالتنخرين في امتداد مختلف أو ينتشب ويهلك المريض أو يبرأ ويتخلف

عنها ضيق المري واذا تكوّن خراج تصعبه قشعررة متكررة وحركة حمية شديدة وزيادة في الألم وتشنج في المري وينفتح الخراج في باطن المري أو في الأضواء المجاورة ويعقب ذلك عوارض خطيرة جدا ويعقب الآفات الالتهابية للمري ضيق قطن أو تمدده

(ضيق المري) ضيق المري يعقب الغام الجروح والتقرحات أو ينشأ من الأورام الذاتية كالسرطان أو من ضغط الأورام المجاورة في التجويف المنصف أو الفقرات أو التامور وقد يحدث من تشوه خلقي يتوقف بخروج الشريان السباتي الأيمن من قوس الأورطي تحت الشريان القروى واتجاهه إلى الجهة اليمنى ما يربط القصبة والمري أو بين المري والعامود القروى ولكن قال هيرتل تتأخر الدورة في هذا الاستعداد بالأكثر من ضغط المري على السباتي ولا يؤثر الشريان على المري إلا إذا كان مصابا بالانوريزما وتختلف درجة ضيق المري وقد تقبل إلى انسداد التام ويتسبب عنه عسر ازدياد البلعة الغذائية أو السوائل أو تقذر بالكلية وتمتد استمرار الضيق أوجب تمدد المري على منته

(تمدد المري) يحدث تمدد المري غالبا من تجمع المواد الغذائية فيه بسبب وجود ضيق يمنع مرورها منه ويحصل التمدد في جميع طبقات المري بامتساعها أو بتمدد النشاء المخاطي وحده ويبرز بين الألياف العضلية على هيئة فق أو يكون جيب في أحد جوانب المري

وينشأ من تمدد المري تجمع المواد الغذائية ومكثا فيه من يوم إلى ثلاثة أيام ويوجب الإحساس بضيق الصدر ويحس غريب فيه ثم تخرج المواد الغذائية من الفم بحركة شبيهة بالاحتراق ولكنها تختلف عن الاحتراق المحض بقلّة تنوع المواد من تأثير الهلب والتعفن

(التشخيص) يستدل هنا على التشخيص من الاستعلام عن سوابق المرض كازدياد الأجسام الغريبة أو السوائل الكاوية وبالبحث عن الأسباب المرضية

المرضية التي سبق ذكرها وتتميز الآفات الالتهابية البسيطة عن سرطان
المرى بأوصاف سنذكرها قريبا
(الملاحظة) يعالج التهاب المرى بمضادات الالتهاب كإرسال الملق في حماء
النقط الحارقة وإعطاء المشروبات الفروية والمليحات والمسهلات الخفيفة
وحقن المورفين لتسكين الآلام وإعطاء بودور البراسيوم والمركبات
الزيتية من الآفات الزهية ومعالج الضيق النقي بالتدريج
بالتقاطير الزيتية أو بالطرق الجراحية عند الاقتضاء
(ثانيا في سرطان المرى)

أنواع السرطان التي تصيب المرى هي الأكثر السرطان البشري والتخاعي
والأكبر وجعلها غالباً في الثلث المتوسط من المرى، أو بقرب الجدار لا تصيب
الثلث الأخير إلا نادراً وسرطان المرى يكون في العادة وحيداً أو يكون سيرة
بطيئاً ويصيب الكهول من الرجال أكثر من النساء

وسرطان المرى إما أن يكون على هيئة ورم بارز وتجويف المرى أو على هيئة
لحم أو قروح حلقية أو نصف حلقية أو بشكل حلقة غشوية محيطية
بالمرى في مسافة ٢٠ سم إلى ١٠ سم من فتحة وتنبه من سرطان المرى ضيق
في قعره ويكون ذلك الضيق معوجاً عادة غير منتظم ولا يكون أسبوعياً منتظماً
إلا في أحوال استثنائية ويعمل الضيق تعدد في المرى إما على هيئة قع أو

جيب
وقد يكون سطح الغشاء المخاطي في حماء السرطان طبيعياً حافظاً لبشرته كما يشاهد
في ابتداء الأكسير وفي العادة يكون الغشاء المخاطي متقرحاً ومغطى
بأزديار لحمية ناعمة سهلة الإدماء

وتؤثر سرطان المرى على الأعضاء المجاورة كالقبة الهوائية والشعب
والرئة والبلعوم والأرواح والمعدة اللقفاوية والفقرات وتنبه عنه
التهابات والتحامات وقروحاً وتنقيبات توصل هذه الأعضاء بتجويف

المري

(الأعراض) اعراض سرطان المري الابتدائية هي الألم وعسر الازدرد أما
 الألم فليس له شات واذا وجد يحس به خلف القص أو بين اللوحين يزداد
 مدة الازدرد وأما عسر الازدرد فهو العجز الأهم للسرطان بسبب ضيق
 المري وعدم تمدده فيلتزم المريض بتقييد البيلة الغذائية ومضغها باعتناء
 ويستعين على مرورها بشرب السوائل عليها ويستمر على ذلك مدة بضعة
 اسابيع أو اشهر مع الزيادة في مصوبة الازدرد وفترات تحسين متوالية
 وينتهي الحال مع تقدم الزمن بعدم إمكان ازدرد المواد الصلبة ولا ينقص
 السوائل بل تقف فوق الضيق ثم تخرج من الفم بحركة شبيهة بالاعتزاز
 وقد يعصب عسر الازدرد المتأد عند المريض فوب تشنج مرعى تمنع الازدرد
 بالكلية مدة أيام ثم تنصرف ويعود المريض إلى حالته الأولى
 وفي أحوال أخرى يشاهد التجشؤ ويسمع صوت قهقهة القل بسبب مرور
 غازات المعدة في وسط السائل حال خروجها نحو الفم أو يحصل اضطراب في
 الصوت والتنفس عقب إصابة العصب الرابع
 وعند المتقدمين في السن يكون سرطان المري في العادة كامناً فلا يعصبه
 تألم ولا عسر واضح في الازدرد ولا اجتزاز وإنما يعصبه في الغالب انتفاخ
 العقد اللمفاوية تحت الترقوة وتسبب عنه الكاشيكيا السرطانية
 (السيرة والانتهاز) كلما تقدم السرطان وإن داضيق المري تقصر تغذية المريض
 وتسرع ظواهر الكاشيكيا وتنغم اعراضها إلى اعراض الجوع والكرمان فيرى
 المريض خيلاً منهوكة وعليه علامات المشقة والجوع والعطش بحيث تنور
 عيناه وخداه ومعداه وتتقربطنه بحيث يمكن الوصول إلى المأمود
 الفكري والقبض على احشاء البطنية بسهولة ويتركز بوله ويندر ويصير
 كرية الراحنة ويجعل عنده امساك مستمر ويصير جلده جافاً خشباً باهتاً
 معفراً وتخط قواه جداً وقد يحصل الموت من تقدم الكاشيكيا بل يتجبل

له بالاضاعفات المختلفة كضبط القصية الهوائية والشعب واشتقاقها الله
يعقبه نفوذ المواد الغذائية فيها وحصول سعال تشنجي ونوب اختناق وكذا
أصابة اليوروبا والرئة والنامور والقرات تعقبها اعراض خطيرة واصابة
الأورطى وربما تعجب الموجد الفجائي بالترديد

ومدة المرض تمتد غالباً من بعض اشهر الى سنتين

(التشخيص) متى شوهد شخص فأت سن الكهوليد يشك في بصر الزرارة
والاحساس بوقوف البلعة الغذائية في نقطة ما بطول المري وحصول
الاجترار زمنياً فمن اولى يصحب ذلك اعراض صدرية أخرى وكانت النخافة
والنوبة متقدمة يمكن المسح الى أنه مصاب بسرطان المري وسن
المريضي وسوابقه تساعدنا على تمييز الضيق السرطاني من الضيق الالتهابي
المبسط من تعاطي السوائل الكاوية أو نفوذ الاجسام الغريبة في المري
مثلاً وضيق القرحة البسيطة تعصبه في الغالب آلام مصيبة شديدة تشع
وغير دعوى غريز و الضيق الزهري تعصبه اعراض زهرية في الاعضاء
الأخرى من الجسم ولا يصحب هذه الآفات استفاخ العقد السفاوية تحت
الترقوة وظهور الاوذيا البيضاء المؤلمة في جهة من الجسم يدل على الكاوية
السرطانية وأما الضيق التشنجي فظهوره وانصرافه الفجائي وبنية المريضي
العصبية أو اصابته بالاستيريا وعدم وجود الكاوية يستدل منها
على التشخيص

(المعالجة) الذي يرم به الطبيب في سرطان المري هو معالجة الضيق
الناشئ عنه لأجل تأخير اعراض الجوع والحرمان ما أمكن ويتوصل
الى ذلك باستعمال المجلس المري الذي يراد به توسيع الضيق وتقليل
المريض في آن واحد

واستعمال المجلس المري يحتاج الى اعتناء زائد فاذ لم يوجد قرح في المري
يمكن ادخال المجلس وتوسيع الضيق بدون خطر ولكن وجود السرطانات

يتسبب عنه غالباً تقرحات في المري ومثاشة في قوام جداره وأوجاج في
 قطر بحيث يمكن نفوذ الجبس في طريق عارضه أو تنق في جدار المري أو الأعضاء
 المجاورة وتحصل عوارض خطيرة جداً كتمزق الأورطى أو التامور أو البليورا
 وفي العادة يستعمل الجبس ذو الزبد ويكون من أن متوتراً على حساب الاقتضا
 ويلزم تكوار وضعه باحتراس وتركه في محله بعض ساعات وتغذية المريض
 بعد إخراجها أو إذا كان مجوفاً حتى الأغذية السائلة في تجويفه لأجل اتصالها
 إلى المعدة

وحيث أن إدخال الجبس المري لا يخلو عن خطر فقد رجع بعضهم استعمال
 الجبس الثابت على طريقة المعلم كريبار فيستعمل جسر من يدخل من الأنف
 ويترك في محله على الدوام وقد توصل كريبار التغذية المرض به مدة من
 شهر إلى ٩ أشهر

وإذا انسد المري بالكلية يمكن تغذية المريض بالحقن المنفذية المحتوية على
 الأغذية الببتونية المجربة من الملح والكحول كالبيز النيج والرقق القوي
 والبن البتكريا وفي حيث أن التغذية بالمستقيم لا تنفع عن التغذية العادية
 وينتهي المستقيم بالتعب وطرد المواد بسرعة فعلى رأي بعضهم يلجئ الطبيب
 إلى العمليات الجراحية لأجل استئصال حياة المريض كضلع ناسور معدى
 تركب عليه أنبوبة معدنية لأجل حقن الأغذية السائلة منه داخل المعدة
 (ثالثاً في تشنج المري المعصبي)

تشنج المري المعبر عنه بالضميق التشنجي مرض مهم في داء الكلب وغير ذلك
 يشاهد بالأكثر عند النساء الشابات المصابات بالاستيريا وعند عصبي
 المزاج والمناخولين أو يكون ناجماً لآفات المري كسرطانة والتهابة
 ويتصف تشنج المري بظهور الفجائي بدود سبب عند رؤية الأكلعة
 أو عند أن رادها في أول لقمه أو عند حصول انفعال نفسي في وقت الأكل
 فيزور الشخص ويحبس المواد الغذائية في المري وترجع إلى الغم بحركة
 إجترارية

اجترارية وقد يتيسر للشخص ان يرد الفقايت التحيثيين عليها بطرب
السوائل فوقها واجراء الابتلاع ببطئ شديد واحتراس زائد ويصعب التشخيص
المري احساس بانقباض في الجزء العلوي من الصدر عادة ولا يمكن اذخال
المجس المري الانبصر مؤلم أو لا يمكن اذخاله مطلقا ولكن لا يحصل من المجس
ادماء كالمشاهد في الضيق السرطاني

واذا كان تشخيص المري وقتيا لا يتسبب عنه اعراض عامة فاذا استمر مدة اوجب
الفحص والانبيا وزيد الاستعداد للعدوى الرئوي وأما اذا كان متعلقا بالكلب
فانذار خطر

ويصالح التشخيص المري بالمجس بحسب ذي طرف نيتون وقطبي مضادات التشخيص والمكتنا
كالواليريانا والبلاذنا وبرومور البوتاسيوم أو حقن المورفين ويستعمل التيار
الكهربي المستقيم بوضع القطب الرجائي في المري والزائجي على الحامود الفقري
في الحلق ويستعمل الفسل والدوش بالماء البارد ويمتنع في تقوية المري بالمجس
المري ويحقن المستقيمة

(الفصل الخامس في امراض المعدة)

يتم الهضم في حالة المعدة بدون استعمار الشخص بمعدته واذا استشعر
بها يعلم اذ بها حالة مرضية وامراض المعدة تشمل التهاباتها وقروحها وآلامها
المصبية وتزيفها وتدمرها وأورامها الخبيثة وقبل شرح هذه الامراض نذكر
الاعراض العامة لأفات المعدة كاضطراب الشهية والغثى والقئ والسعال
المعدي والغواق والخفقان ونحوها

(المبحث الأول في الأمراض العامة لأفات المعدة)

(أولا اضطراب الشهية)

فقد الشهية يصحب آفات المعدة وأغلب الأمراض خصوصاً الأمراض الحمية
التي توجب نقص المعير المعدي أو فقد بحيث لو تناول المريض طعاما يبق
في معدته ٤٨ أو ٤٨ ساعة بدون هضم ولذلك لا يرضى لدواعي الإلهة من عادة

تناول الأطعمة وأما السوائل والأغذية السائلة فيمكن تناولها بمقدار قليل
متكرر لأنها لا تزال تفتقر في المدة

وهذه الشهية أو فقدناها بعد تناول الأدوية والانياس والكاشيكسيات
فإذا كان السبب فيها صرنا تستعمل الأدوية المرقة والمنبهة والمياه المعدنية
المحفزة والجوز المقيق والخصيانا والراوند ونحو ذلك لأجل تحسينها وأما
إذا كان للمعدة حالة نزلية يلزم الابتداء بمثلتها بما يليق

وأما إفراط الشهية المبرعنة بالبوليميا فإنه قد يصعب الألام العصبية للمعدة
ويشاهد في أمراض الأمساك ديدانها واستعاضة عقدتها المتفاوتة وفي الالتهاب
السكري ويتصف بالجوع اللوئم بحيث يشرح المريض في الأكل حتى يلا المعدة
بأفراط ويعقب هذا الإفراط إحساس بثقل في المعدة ودوخان ولا يستوي الشبع
الامدة يسيرة ويعقبه الاستئصال بالجوع بسرعة ولذلك يحترس المريض
على بعض الحلويات والنقل في جيبه كالشوكولاتا والملبس ليتاح لها غشيتها
فشيئا حتى يلتمس بوضع شيء من ذلك تحت وسادة النوم أو قريبا من الفراش
ليتعاظها عند ما يشعر بألم الجوع ليلا

وفساد الشهية المبرعنة بالليبيكا الموصوف بأكل المواد الغير المغذية أو
القدرة بشراهة كالطين الإبلز والطباشير والجير ونحو ذلك ويشاهد
في الحوامل ويقال له العوئم ويشاهد في الاستعيا والكجنون
(ثانياً التجشع)

يصحب غالباً فساد المهضم للمعدة وهو إما أن يكون غازياً أو سائلاً
فالجشع الغازي ويقال له التكرج فينشأ من مزيج الغازات من المعدة وحدها
أو معوية ببعض أجزاء من الطعام نفعل إلى الغم ولكن في المادة فزيردها الشفق
ثانياً بوقته وقد يحصل التجشع بعد كل طعام ويصحب رجوع الطعام إلى
الغم بحيث يعيد الشفق مضمناً ثانياً وهذا هو المبرعنة بالتجشع الإحتراقي
وقد يخرج الغازات مخفلة بمقدار صغير من سوائل حمضية يحس بها في الحلق

واللسان

واللسان أحيانا جرحا خفيف

وأما الجشع أسهل فأنه يصعب فساد العضم أو يكون متعلقا بحالة نزلية أو يكون ذاتيا عند بعض النساء والشبان ويعمل في الصباح غالباً ويصعب تألم في القسم الشراسيفي ثم يخرج السائل من المعدة ويعمل إلى الفم بمقدار وافز ويكون حمضيا حرقا (بير وزييس) أو يكون ثقلا لا طعم له ويكرر خروج السائل بحركة التجشع بدون قيئ ومنتهى انتهى بحسب المرض بالاستراحة وزوال آتق الشراسيفي وقد يعمل مقدار السائل الخارج بالجشع من بعض أواق إلى نصف لتر أو لتر في اليوم ويكون السائل رائعا محرقيا وينشأ السائل لبعض من المصير المعدى وأما السائل المتغى فيكون معتدلا أو قلويا أو حمضيا خفيفا ولا ينشأ من المصير المعدى ولأمن الإفرازات المخاطية واختلعت الآراء في تعيين منشئه والبعض ينسبه إلى ماء الشرب ولكن لا يمكن تطبيقه على كل الأحوال والبعض الآخر ينسبه إلى زيادة إفراز اللعاب ونجمه في المري فوق فتحة الفتواد ثم خروجه على حاله القلوية ويمكن استكشاف كبريتوسيانيد البوتاسيوم فيه (فريركس) وأثبات قوة الدياستازية في النشويات (روبرتس) أو يعمل اللعاب القزير إلى المعدة ويخرج منها محضيا بالمصير المعدى بدرجة خفيفة ولذلك يشاهد فيه جند مغحول الأيسين على المواد اللاذوية

ويعالج الجشع لغايزي والمحفى بالزيموت وحده أو محضيا بالافيون والأدوية المرة أو القابضة كالكيو والجشعينا ويعلو محلول حمض السيانيد يدريك انطلي

(ثالثا القيئ)

القيئ مرض يشاهد في أمراض المعدة المختلفة كسوء العضم والالتهاب والأورام المعدية وقد يحصل في بعض الأمراض العصبية كالاستيريا والضعف العصبي أو يكون سببا قويا كالنظر إلى أحد يتقلا أو سعال النقل عنه أو من

العرف ويشاهد القئ أيضا في بعض امراض المخ والخصاع كالارباحاج المنحى
وخراجاته والاحتقان والانيبيا وفي هذه الحالة يتكرر القئ غالباً عند حركات
الرأس وعند انحنائها أو ارتقاها الفماني وفي الجلوس أكثر من أن يقاد ولسكله ويز
الخصاع الجرازي والنايس وحركات المرحجة تحدث القئ عند البعض وكذلك
ركوب السفن وبعض الآفات المشوية يوجب القئ كالتهاب النساء الحاطي
للأنف والشعب التي يصحبها سعال شديد وأمراض القلب والأمعاء والكبد
والكلاب والبريتون واضطراب التناسل خصوصاً عند النساء والحوامل

ودغفة قاعلة المسان والهاماة والبلعوم توجب القئ غالباً وقد
يستدل بالقئ على ابتداء الادرن الربوي قبل ظهور علامات الطيبية وعلى
داء اديسون والعلوق عند المرأة ولكن في هذه الحالة الأخيرة لا يستمر
القئ عادة الا بعضاً أسابيع

وقد يتعلق القئ بالتسم كإيشاهد في اليرقان والتسم البولي والميتينات
على العموم والمورفين والأفيون قد يحدثان القئ أيضاً

ويشاهد القئ في جميع الأعمار على حسب تنوع الأسباب ويشاهد بالأكثر
ذاتياً عند الشباب وقت البلوغ ويشاهد عند النسلة أكثر من الرجال بسبب
استعداد هن المعصبى واضطراب الجهاز التناسل عندهن

ويسبق القئ في الغالب احساس مغموم يعبر عنه بالعثيان أو حصول
سخينة ودوخان وبرودة في الجمل وبهاتة في الوجه والشفتين وضعف في
النض وتتفرغ المدة إما بصعوبة أو يحصل القئ بسهولة بدون
سوابق ولانقب وهو المشاهد كثيراً في بعض الأحوال المعصبية أو في النزلة
المعدية الكحولية ويكون ذلك عادة في الصباح على الريق

وتختلف مواد القئ فتكون إما غذائية أو سائلة حمضية أو صفرلوية أو دموية
أو قفحة الرائحة أو كريهة ويعصب القئ عادة اساك شديد واضطراب في
التغذية العامة متى تفرغت المدة من جميع مضملاها على الدوام وأما إذا تكرر
القئ

القيح بطريقة غير تامة بأن لا تستخرج جميع المعدة فإن الشخص وبما يستمر مدة مقتضاها من الصلة

ومما أصح القبح بالأسهال يعلن يا اضطراب المعدة والامعاء معا عقب تأثير البرد أو سوء الهضم مثلاً وقد يستدل منه على وجود داء برات أو على حصول التسمم الحاد والمزمن بلجواهر المهيجة كالزرنج والاشيقون

وبما يج القبح المعصب لما يمنع الغذاء والشرب جميعاً مدة أيام إلى أسبوعين وتقذية المريض بلحم المستقيمة أو لا يصرح للمريض إلا بملقعة صغيرة في المرة من اللبن أو اللزق ثم يضاف له المقدار باحتراس ويطبخ على حب النتيجة ويصفى بعد ذلك في انتخاب الاغذية الجيدة المسهلة الهضم حتى بعد شفاء المريض بحد

وقد تفيد الحاريق الطيارة أو يستعمل بالخير عليها بجرهم منقط أو تقطع الكدمات الأفيونية لاسيما المورقين والكودايين وكذلك ماء الخار ومحلول حمض السيانيدريك الطبي وأوكسالات السيريوم بمقدار قحمة الماشين والزرنج وحده أو مع المانيزيا وفي كربونات الصوديوم وقد ينفع الماء البارد استحقاقاً أو دوشاً أو تقطع صبة اليود من نقطة إلى خمس في نقطة صغيرة من الله وبما يج القبح التآبي والمرض على حسب الأحوال بما توجه أسبابه (رأى السعال للمعدة)

السعال المعدى يعرف بأنه جاف متكرر يشبب عنه خروج بعض مواد غاطية تأتي من المعدة

(خامساً الفواق)

الفواق يعرف عنه عند العامة بالزغطة وهو ينشأ من انقباض الحجاب الحاجز بحالة فحائية تنكرر في مسافات قريبة أو بعيدة تحدث بصوت مخصوص في الزمان عقب مرور الهواء فيه بقوة وليس للفواق أهمية إذا كان وقتاً وانصرف في مسافة بعض دقائق إلى بعض ساعات قليلة كما يشاهد غالباً عند

الأطفال والشبان بعد تامل الأطعمة لاسيما إذا كانت عسرة الهضم وإذا
كان متعبا ومتكررا يعالج بالاعتناء في التدبير الغذائي وفي المنع والأكـ
ل يبيح وبعضهم يوصى باستعمال التريفتا
وأما إذا استمر الفواق أياما متوالية وتكرر في مسافات قريبة كما يشاهد
ذلك في بعض الأمراض الثقيلة فإنه يعلن بالخطر وتنصر معالجة
(سادسا الاضطراب العصبي)

الاضطراب العصبي يشمل الخفقان وجسر التنفس وثقل الرأس والأعراض
العصبية الأخرى التي تنصب في الغالب استلاء المعدة وتقدمها بالعادات
وسوء الهضم وتختلف هذه الأعراض وتعرف بالاعتناء في التدبير
الغذائي ومعالجة المعدة وسوء الهضم بما يوافق
(المبحث الثاني في التهاب المعدة)

التهاب المعدة إما أن يكون حادا أو مزمننا
(أولا في التهاب المعدة الحاد)

علس التهاب المعدة هو الغشاء المخاطي وحن أويتمد إلى الطبقات تحت وينقسم
على حسب حدة إلى التهاب ترقى والتهاب حاد والتهاب مزمن
وتسمى ود فتري

(الأعراض) أ التهاب الترقى الخفيف يعبر عنه بالتيبك المدعى والحم
الحدية ويشاهد مثلا عند الأطفال متغذوا في أكل المواد العسرة
الهضم كالشمس والبلع فينبون ويحصل عندهم ثقل في المعدة وإذا
حصل القيح وتفرغت المعدة يستريحون وتعود لهم الصحة
وعند الكهول إذا افطروا في الأكل والشرب وادخلوا الطعام على الطعام
وتعرضوا للتع والسهر فتفقد شهيتهم ويحصل لهم غثان وتبيف
السننهم وتنطفي طبقة وسخة أو مصفرة ويشعرون بتكسر في
الأطراف وظل أو يحصل لهم حركة حمية خفيفة ومتى تقايروا
وتفرغت

وتفرغت معدتهم ليستريحون ويبرأون وغذاء الطفل الممنوع اضباباً الأولاد
في ارضاعه اولاً اذا كان اللبن رديناً أو اذا كان الطفل مريضاً مراد غذائية
اخرى ليست موافقة لسنه فان معدته تضطرب واذا نقايا وتفرغت
معدته يستريح ويبرأ.

وقد تكون التآكل المعدية الخفيفة اشد ما ذكر فيجبها الأحاساس
بثقل وضغط والقسم الشراسيفي وتالم أهم ثابت أو منتشر يتشبع نحو
اللحم أو يجوار الوجع الأيسر ويزداد الألم بالضغط على المعدة ويصعب
فقد الشهية والقرف من الأظلمة وتجن المسك وتطليته بطبقة وسخة
سمكة وعطش ويميل الى المشروبات الباردة المحضية ويكتسب النفس
راحة غير مقبولة ويحصل تجشئ غازات منتنة أو كبريتية الرائحة
وعثيان وفيها مواد غذائية غير نامة الهضم ومختلطة بمادة مخاطية
وقد يتبعها خروج قليل من الصفرا ولكن لا يحدث الصفرا هنا من اجابة الكبد
بل تعجل الى المعدة بالحركة ضد الديدانية التفصيل في الاثنى عشرية
القيء وقد يعصب هذه الاعراض تكسر في الاطراف وحركة حمية خفيفة
ونقص في افراز البول مع تركزه ولكن يستمر الجلد رخواً منده بالمعرق
وقد يظهر على الشفة والذق طغح هريجه

وتنتهي التآكل المعدية الحادة عادة بالمسقط في مسافة من يوم الى ثلاثة أو
بأخاينة الى اسبوع فلم يستقر المريض على سوء السهول ويمرض نفسه دائماً
للاسباب المحضية للمرض ويشتد تسخيل التآكل الحادة الى الحالة المزمنة
وحينئذ ان التآكل المعدية الخفيفة لا تنتهي بالموت فلا تشاهد الا فوات
التشريحية التي توصفها ولكنها لا تختلف عن آفات التآكل الحادة على
الصوم

وأما الالتهاب الحاد فإنه يبتدئ بحركة حمية شديدة ويحصل المريض بالآلام
حادة في القسم الشراسيفي معوية بغير تكرار مؤلم متكون من مواد مخاطية

صفراوية وفقد الشهية ويحصل عطش زائد وجفاف في الفم والحرار الساقة
وضيق طرفة او تغلظته بطبقة مبيضة ويعيد البول بجمرا متركزا ويحصل سعال
مدمى متواتر جاف أو يتبعه خروج مواد مخاطية من المدة وينتهي الالتهاب
بالخليل ويحصل الشفاء في مسطرة اسبوع تقريبا وتحتاج النظافة الى اعتناء
زائد في التدبير الغذاء

ولا ينتهي الالتهاب التزلي بالموت الا في احوال استثنائية عند الاطفال وسقيم
في الجثة باحتقان الغشاء المخاطي وتعدد أوعيته الشعرية وارتشاحه بمادة
لغواوية وكرات جنينية وسقوط البثرة وتقرية الأدمة المخاطية في بعض
النقط أو تقرحها السطحي واستنساخ الغدد ويتغطى الغشاء المخاطي بطبقة من
مادة مخاطية

وأما الالتهاب الغلغوفي للمدة فإنه يمتد الى النسيج الخلوي تحت الغشاء المخاطي
أو تحت البريتون وينتهي بالتقيح ويجمع الصديد على هيئة خراج فيجسم الحبة
أو البندقة أو يتشتر الصديد في النسيج الخلوي على امتداد عظام وينتهي
الصديد بنقب الغشاء المخاطي للمدة وينسكب في تجويفها أو يقب البريتون
وينسكب فيه أو يسبقه التهاب المخاطي فينسكب الصديد في الاخشاد الجارية
وأعراض الالتهاب الغلغوفي تشبه أعراض الالتهاب الحاد للمدة مع زيادة
في حدة الحمى والالام والقيء والصعوبة في التنفس وهبوط واعتلاط
عام ومتى انقح الخراج في المدة يحصل قيح صديدى وإذا انقح في البريتون
يحصل التهاب بريتوني مقل وإذا انتهى المرض بالشفاء يتصلب من النسيب الشافية
اشكاش للمدة وتشوهها لاسيما في قسم البواب لزيادة حصول الخراجات في
حقلها

وأما الالتهاب التسمي الحاد فإنه يعقب تهاط السموم الكاوية كالسراخس والكلاب
المرزنة أو السموم الحربية كالزرنج والسليمانى ويتصف بكل الخصائص
المخاطي وحصول الشكر يشاهد فيه وتنهكه وانسكاب الدم في تجويف المدة
وتأكل

وتلصق جدرها وانثقابها وانكباب مقصوداتها في البريتون او في الاضحية
الجاورة ونقصه اصابات الغم والحلق والباسوم بأفات مشابهة لأفات
المعدة

واعراض التهاب التسمى تظهر فجأة بقوة هائلة تختلف حدتها باختلاف
نوع السم فالكاويات تحرق الما قاسيا لا يطاق وقينا متواترا صعبا مدمرا
وتضجبه حمى شديدة وصبر في النفس وعرق بارد وبهك المريض في حالة الخطا
أوبا التهاب البريتون واذ لينا المريض تكون نقاهته صعبة مستحيلة
ويعقب الشفا تشوهات في المعدة وفحة الجيوب وضيق المري ويستمر
للمريض عرضة لموارض شتى وأما السموم الحريفة كالزرنخ والسليمان فانها
تؤثر على المعدة وتغمر وتحرق التسم العام

وأما التهاب المثاني الكاذب او الدقيق للمعدة فانه نادر ويعقب
دقيقا الحلق متعادلت الى المعدة بواسطة المري (بيلاوريلكس)

(الاسباب) يحدث التهاب المعدة من عدم انتظام التدبير الغذائي
والافراط في الأكل والبهارات والمشروبات الروحية والاطعمة الساخنة جدا
او المتخلية جدا وازخال الطعام على الطعام واكل المواد المسرعة الهضم أو
المحموم الفاسدة كالسبك وام الخلول العفنة وتعاطى المواد الحريفة كالغفر
المسم والتعرض للتغيرات الجوية في فصل الربيع والتوف رشدة الحرارة
في الصيف والتعب واستنشاق الأبخرة الزرنخية كالنوم في اودة مظنة
بالورق الملون بلون يحتمل على تركيب زرنخي وفي هذه الحالة يعصب التربة
المعدية نزلات في الانف والمخية والأمعاء وتعاطى السموم الكاوية والحريفة
يحدث التهاب التسمى

والتهاب المعدة يعقب ايضا اصابات المريجة والانفعالات النفسية الشديدة
التي توجب فساد الهضم وينشأ من التهاب المعدة وفساد الهضم وانكباب
متممها في الأمعاء قبول التهاب المصوم الذم يضاعف التهاب المعدة

غالياً ويميز عنه بالالتهاب المعدى المعوى
والالتهاب المعدى المزق مشاهد معاجبا لبعض الأمراض العامة كالجدري
والحصبة والحما والدفترى وأرحى التنفس كما أنه يضعاف بعض الالتهابات
الموضعية كالذئبات الحلقية والتهابات الاغشية المحشية ويشاهد الالتهاب
الحقن الحاد في أمراض القلب التي تحدث احاطة الدورة المرورية ويسبب
الدم في الاحشاء

وأما الحمى المعدية فأعراضها وآفاتنا التشريحية مبينة على الحمى والالتهاب
للمعدى المزق يصاحبها على الدوام ولكنها هي مرض حمى عنق
(التنضيق) تشخص بالالتهاب المعدى الحاد لاصعوبة فيه ولا يلبس
بالحمى التيفودية في مبدئها وإنما تلزم الدقة في تعيين نوع الالتهاب
ان كان ذاتيا أو تنميا أو عرضيا فعند الكهل مثلاً يستدرك الطبيب امكان
حصول التسم أو التهاب رئوي أو مرض حاد آخر وعند الطفل يتذكر
الطبيب امكان حصول حمى طفحية كالحصبة

وأما الحمى المعدية فأنها تتميز عن الالتهاب المعدى بسبقها بأعراض هجوم
وتقصيرها حمى ذات ثوران مسائي مع غطاط زائد في القوى تنسب عنه
نقاها وراحة تسبق الشفاء التام والأعراض المعدية فيها ثأ نفوية
والحمى اصلية والالتهاب المعدى بعكس ذلك

(المعالجة) يعطى مقيئ أو مقيئ مسهل ضد التلبك المعدى أو القحة الخفيفة
لأجل استفرغ الاطعمة الغير المنضمة الراسخة فوق المعدة ويعطى
مسهل على كسلغات العووبا أو ماء يولنا أو بمرس دورف ضد التلبك
المعدى الشديد ايضا وإذا زعم القيئ فالمرج عرق الذهب فيعطى منه
٣ جرام أو يضاف اليه ٥٠ رستجم من الطرطير المقيئ أو تفعل حقنة
تحت الجلد من الايومورفين (ثلاثي يوخدرينه ١/٤ أو ١/٢ حقنة) ولا تعطى
المسهلات الا اذا خيف من حصول الالتهاب في الأمعاء عقب فنوز مواد المسكة
الفاضة

٣٦٧
الفاصلة فيها ويرجع حيثذ اعطاء للسوائل الخفيفة كالمانيزيا المكسبة
وزراعي الحمية باعتناء حق واذا كان الالتهاب المصروف خفيفا ربما تكفي
الحمية القاسية وحدها لشفائه في مسافة ٤٠ ساعة واذا لم يعمل
للمريض الحمية القاسية واحتاج الأمر الى تعاطي الأغذية فلا يصرح له
الا بالأمراق والالبان باردة بمقدار خفيف على حسب مزاج المريض
ويخفف اللبن بماء البحر أو ماء العود أو ماء سان جالمية أو جيسوبار
وبعض المرضى يرجع ماء الشجر أو ماء الرز المطبوخ بقليل من ملح الزهر
أو ماء القرفة أو الليموناة الخفيفة فإنه لا بأس بها انما تؤخذ أيضا
بمقدار قليل في المرة ثم تتحسن الاعراض يصرح له ببعض اغذية نشوية
كالباولة أو الرز للدقوق باللبن (للحمية) ولا تعطى الكوكليات
الا في احوال استثنائية اذا كان المريض مضطربا فيعطى له قليل من
الكهنيك في الماء أو ماء الشامانيا

واذا كان المريض طفلا ورضيا يعتن في اعطائه لبنا جيدا بمقدار قليل
في المرة أو يمنع من الرضاعة بعض ساعات ويعطى عوضها عن اللبن قليلا من
ماء الشجر أو ماء الرز أو لبنا مخففا

ولاجل تلطيف العطش يعطى للمريض بعض قطع صغيرة من الثلج يستحبها
ببطء ولاجل تلطيف القيء يعطى بعض نقط من حمض السيانيك
المخفف الطبي أو يعطى البرصوت مع كربونات العود والمورفين أو ماء
سلستر أو فينا أو الماء الفوار بمقدار قليل متكرر

و ضد الالتهاب العديم الغلغوفي ارسال الملق على القسم الشراسيفي
ووضع مثانة مملوءة بالجليد على المعدة أو تفعل حقنة مورفينية لاجل
تسكين الألم أو قوضع ضمادات مدقاة يرش على سطحها اللودانم
و ضد الالتهاب المتحمي الابتداء اولاً بتفريغ المعدة ثم اعطاء ضد السم
على حسب نوعه ثم يبالغ الالتهاب الناجي بما يليق

٣٧٨
وعلى كل حال يلزم الاعتناء التام بالتدبير الغذاءى حتى يتم الشفا ويقوى
الجسم

ثانيا في التهاب المعدة المزمن

التهاب المعدة المزمن ينتج النزلة المعدية العادية غالباً أو يكون أصلاً
عقب تكرار سوء الهضم والتعرض لأسباب القلبك المعدة على العموم والأفراط
في المشروبات خصوصاً لاسيما المشروبات المغشوشة كالابنة والسير
والمشروبات الكحولية

والالتهاب المزمن يلازم والغالب بعض افات المعدة الطبيعية السيرة كالسلطان
والقرحة الوحيدة وبعض الأمراض التي توجب اعاقة الدورة الوريدية كافات
الصمامات القلبية وسيرور الكبد والانقباض الرئوية والالتهاب البلوري
المزمن ونحو ذلك ويشاهد الالتهاب المزمن أيضاً في بعض الأمراض العامة
كالأنيميا والخلودوز والكاشيكيات

(التشريح المرضي) احتقان الششاء المخاطي قد يكون شديداً بحيث يكون محصراً
جدار خصوصاً إذا كان السبب هو الإفراط في المشروبات حتى أنه ربما
اشتبه بالالتهاب النحسي ويصحب الالتهاب في الغالب فقط أو بضع فجائية
تقطر للششاء المخاطي لونا رمادياً أو أبيضوزات بعضها تقرحات أبيضوزية
بعضاً ان الششاء المخاطي يتقرح في هذه البقعة الأبيضوزية أو يكون الاحتقان
وردياً ناشئاً من تمدد الشبكة الوريدية الشريية كما يشاهد ذلك في
الأحوال التابعة لافات القلب وصمامات التضييق الدورة الوريدية
ومن استمرار الاحتقان يحصل ارتشاح والششاء المخاطي يوجب كثافة ويسمكه
ويفقد نيباته ويصير أملس او تحتقن عدده فيصير سطحه حلياً غير منتظم
وقد تكبر الحلمات بحيث تشبه القطيفة أو الزوائد البوليبيسية خصوصاً
بجوار البواب وتضيق العضلية سميكة أيضاً ويتكاثر النسيج
الحوي ويكثف بحيث تكسب جدار المعدة ضخامة وتيبساً ومقاومة
واضحة

واضحة وينشأ من تلك الغضامة ضيق البواب ومما استمر الضيق يعقبه تملد
 والمعدة وبالميكروسكوب توجد الغدد المعدية فيها مصابة التهابا وبشرتها
 محبة وقاعها فيه الاستحالة الجيبية الشحمية وبعض الغدد يكون متقدما
 على هيئة كيس وبغضها يصير غملا ضيقا ويكون غشاؤها البشري مفقودا
 وقاعها متلاشيا وقد تلاشى الغدد بالكلية في اتساع بعض سنقرات
 وتختلف عملها بقع صغيرة مبيضة وقد يصيب ذلك تقرحات سطحية في النشاء
 الحماطى أو بعض خراجات صغيرة

(الاعراض والتشخيص والمعالجة) تنحصر أعراض التهاب المرز في سوء الهضم
 الذي سلكه الآن وتتضمن فقد الشهية وتجنن الدم والاستسقاء رتقب
 في المعدة وتآلم جدار الأكل وحصول التجشؤ والاستفراخ البطئ والقيء
 والأساكة وإذا كان السبب السكر المرز يتقايأ المرز صياحا على
 الريق مواد غاطية متكونة في المعدة ومخلطة باللعاب الذي يتلهمه المريض
 مدة النوم ويحصل التزيف نادرا ويحس المعدة باليد تآلم ويستشر تيسر
 حبرها أو قد دها وبرجها ربما شمع المقلقة الواسفة للغدد ومما استطل
 الداء ينشأ عنه الضول وضعف القوة وقد ينقاع سيره الكبد أو
 داء برات فيسرح خنط

والتشخيص يتخذ الطبيب في تمييز التهاب المرز البسيط من الآفات
 المعوية للعد كاللأورام الحبيبية والقروح وأساس المعالجة التدبير
 الغذائى المبحث وغسل المعدة

(المبحث الثالث في الالتهاب المعدى أو سوء الهضم المرز)
 يتم الهضم الطبيعي بأمرين الأول بواسطة العصير المعدى أى الغسل الحماوى
 والثاني بواسطة حركات المعدة الحماوى الميكانيكى فإذا تنوع العصير
 المعدى في الكم أو التركيب أو إذا تنوعت حركات المعدة في نظامها أو
 قوتها يتسبب عن ذلك عدم انتظام الهضم أو سوءه وحيث أن الاكوان

المعدة وحركات المعدة يتعلقان بسلامة الأجزاء الداخلة في تركيبها كالخند
والعضلات والأوعية والأعصاب والطبقات المكونة لجدارها فتكفي إصابة
أحد هذه الأجزاء للاضطراب بنظام الهضم وحصول بطل فيهِ أو عسره
ولذلك يتسبب سوء الهضم عن أسباب عتق متنوعة

وحيث أن سوء الهضم يعقبه دائما إصابات المعدة فلا يمكن اعتبار كمرض
ذاتي وإنما هو عرض لهذه الإصابات وبعض المؤلفين يقسم سوء الهضم بالنظر
لأفاته إلى غذوي وعصبي ورومائي ومختلط (سيه) والبعض يقسمه
إلى عصبي مؤلم وضعيف ونزلي مزمن (جولير) ولكن هذا التقسيم ضاعى لأنه
لا يوجد حدا فاصلا لهذه الأنواع وفي الغالب تشاهد مختلطة ويمسر
تمييزها والفرق بينها في الأكلينك

(الأسباب) باعتبار أسباب سوء الهضم عقلا توجد إما متعلقة بالأغذية
أو بالمعدة فإذا كانت الغذاء صهار بما يحدث سوء الهضم من نقص حمض اللورباتك
والبيسين في العصير المعد أو من إفراط حموضته أو الزيادة في إفراز
المادة المخاطية أو الضعف في قوة المعدة أو التهاب غشائها المخاطي أو
ضعف الأعصاب المعدية أو المراكز العصبية فيه لأعزان تنهضم الأغذية
تخمر ويكون منها حمض الكربونيك والخليك والزيديك وتتألم المعدة
ويقل عليها الطعام ويحصل القئ والغثيان والقئ

وأما إذا كانت المعدة سليمة والغذاء رديا عسر الهضم أو كاف مقداره
فإنه أعنى تحمل المعدة أو كان المشاء ناقصا للضعف والحموم متبسة من إفراط
الطبخ أي كان ضعفا وتشرها بالعاب غير تام أو حصل إفراط في البهارات القوية
والمشروبات فإنه ينشأ من ذلك صعوبة وعسر في الهضم

وبناء على هذا مره آلاف الأمراض المرضية للمعدة كالتباها وتدها وقروحها
وسرطانها الموجبة لسوء الهضم طبعا يمكن حصر الأسباب فيما هوأت

أو لاعدهم نظام التدبير الغذائ كالإفراط في الأكل والشرب وإدخال
الطعام

الطعام على الطعام أو استئالة المسافات بين الاطعمة كما يدون نظام
وعدم جودة المصنع بسبب الجملة في الأكل أو بسبب فقد الاسنان والأقواط
في شرب السوائل خصوصاً الماء البارد مدة الطعام والأقواط في الشبهات لا
سيما البهارات القوية والمفرومات الروحية والشاه والقهوة والأقواط في
شرب اللبن وتطاطى بعض المواد التي لا تنقلها المعدة بالنظر للأيدى وسكونية
الشخصية كالمواد الدسمة أو الشورية أو اللين ولينة أو السمك والحيوانات
الجارية أو لحم الطيور والحم البقري والجمالي أو بعض الفواكه والخضروات ونحو
ذلك ويلزم اعتبار هذه الأسباب وتداركها في المصلحة وقد يتلقى سوء
الهضم بحسب ما ذكر بكون الجوع والحرمان وتطاطى الأغذية الرديئة أو
المعيرة العقيمة

ثانياً القلب الزائد أو عدم الحركة الكافية والرياضة والسهر المستطيل والأقواط
في الاشغال العقلية أو في الشهوات والتمزج والهموم والالتفاتات النفسانية
خصوصاً الانقطاعات المصطبة ونحوها كلها أسباب تؤثر على الهضم وتوسع
ثالثاً بعض الأمراض الخاصة كالانيميا والميلوروز والكاسيكيكيات وخصوصاً
النقرس والبدن لأن النقرس يصيب المعدة كما يصيب الروماتيزم القلب
ويسبق في الغالب النوبة النقرسية ويملأ بها أو يستمر بدون فقرة أو لا
هو ان وقد يحصل سوء الهضم في البدن مجزأ قبل ظهور العلامات
الموضعية للسل الرئوي ويشتهر بعد ذلك متى تقدم السل وأصبحت المعدة
بأفات تابعة

رابعاً إصابات بعض الأعضاء البعيدة كأمراض الكبد والرحم والحمل وأمراض
الجهاز البولي والقلب التي توجب ركود الدورة الوريدية
خامساً أنه يبعد عن الأسباب المصيبة تبعاً لبعضهم الوراثة وسن الشبوية والكحولية
لثانية سن الخمسة والاربعين أو الخمسين وأما عند الأطفال والمقدمين في
السن فلا يشاهد سوء الهضم الا قليلاً وذلك ان سن الشبوية والكحولية

^{٢١٢}
 عرضة للاشتغالات العقلية والتعب وهموم المعيشة وعدم انتظام الأطعمة
 وموافقيتها بسبب الجملة وضيق الوقت وأما في سن الطفولية وملاهيها وسن
 التقاعد ومراسيه فلا موجب لاضطراب الهضم ولو كانت الانسان مفقودة
 والقوى الحيوية في ضعف الا ان الهضم يتم في شروط الاستراحة
 (الاعراض) تنوع اعراض سوء الهضم المزمن بتنوع الاشخاص والاسباب
 وعلى العموم يعصب سوء الهضم ضعف الشهية فلا يحس المريض بالجوع ولا على
 الريق عند الصباح ويجلس على المائدة ومعه احساس بامتلاء معدته وكراهة
 للطعام أو تالم خفيف في القسم الشراسيف يشبه السخونة أو تالم شديد
 يشبه بالتقيؤ فاذا شرب في الاكل فانه يستوفى عادة ولكنه يتعب الطعام
 ويحب بعض المواد كالشحم والنشا والخفرووات التي عرف بالتجربة أنها لا
 توافق معدته وبعد انتهاء الاكل يستشعر بثقل في المعدة وتعب يعصبه في
 في الغالب احتقان في الوجه وثقل في الرأس وميل للتمسك ويستقر تعب
 المعدة بعض ساعات ويعصبه تالم يحس به المريض مادة في القسم الشراسيف
 أو يعتد خلف القفص ويتسبب عنه ازدياد التنفس وإعاقته أو يمتد الى
 الظهر يحوار الوج الأيسر وبالاضط على المعدة يتالم المريض وقد يوجب
 الضغط خفة واستراحة ولكن حتى تمددت المعدة بالغازات يتعب المريض
 من ضغط الملابس ويلتزم بظك اذا رادها للافراج عن نفسه ويخشى
 غازات كريمة الراحة والبصر يحس بالظلم الشديد وزيادة الحرارة في
 المعدة ويتلذذ من شرب الماء البارد والبعض لا يحس بطشش ويتكلم ويتعب

من شرب الماء
 ويشكى المريض عادة بكراهة طم الغم وجفافه وحرارته أو تنجسه خصوصاً
 عند القيام من النوم صباحاً وتكون رائحة النفس كريهة واللسان زاماً
 ان يكون عرضياً رخواً مغلياً بطبقة رقيقة مبيضة رسخته وجفافه أثر
 ضغط اللسان أو يكون اللسان محمراً خصوصاً حافته وطرفه واسطحه

جليا أو منطوق بطيئة كثيفة مبيضة أو مسخرة وقد يصحب ذلك أحرار ولين
في اللثة وسهولة أدمائها وتلب زائد لا سيما إذا أوطأ المريض في شرب
المدخن أو الخمر فإنه قد تسهل الوسادة من تلعبه مدة النوم أو يتلع العاد
ويتقايه بعد اليقظة صباحا

ويتقايه سوء العضم هنا كثيرا بالزجة الحلقية الزمنة الجيبية
ويصحب سوء العضم المزمن عادة أسالك مستعصي وثقل في الرأس أو
ميداع جبهى وقب في الأطراف وكسل في القوى العقلية وعدم القدرة على
الاستئذان أو دوخان ودوار وما يتجولها ومتى تقدم المرض فيصعب الجسم
ويعبر انبعاثا ويبلى النفس ويعبر قابلا للغمط وقت الاستراحة وأقل
حركة توجب سرعة ويجعل عند بعض المرض حفتان ومثيق نفس ويكون
الحمل جافا شرايبا أو رخوا مندي بالعرق وقد تحصل حركة حمية خفيفة
تأتي في المساء وتنتج بالعرق ويكون البول غريزا رائقا أو قليلا مركزا فيه
رسوبات بولية أو أكسالية أو صفاتية أو يكون زلاليا ولا يشاهد
غول الصواب بسوء العضم المزمن إلا إذا تقدم المرض واز من جدا وحصول
الخطاة السريرية يوجب التنبه في وجود الدرن أو السرطان أو قرحة المعدة
ويلزم تكرار البحث عن المريض بالدقة لأجل تأكيد التشخيص
وليس القبح كثير المعول في سوء العضم المزمن وإنما يشاهد غالبا عند
المدمنين على الخمر ويجعل على الريق صباحا ويتكون من مواد مخاطية ولعاب وقد
يحصل ترهق معدة ويخرج الدم في القيح سودا أو يحل بها المقدار واللثة التي
أقامها في المعدة وقد يكون مواد القيح والتهن حامية جدا بحيث يحس
المريض عند مردها بجرقان في الحلق وتضريس في الأسنان وتقرخ العينين
كأنه تحلى حمضا مركزا وقد يستمر الحرقان مدة مستطيلة بعد انقراض المواد
وتحدث هذه الحموضة أمان زائدة الإفراز الحمض المعدية كحمى الكوليرا
والبلينك وهوناد والمحاب أنها تنشأ من تخر المواد النشوية والسكرية

وتكون حمض البنيك والزهديك والحليك وتذهب الحموضة رائحة بعض الحوامض
الطيارة وغازات ايدروكربونية وحمض كربونيك واذا كان الطعام محتويا
على اكبريت كالبيض مثلا تتكون ايضا غازات ايدروكربونية
وتدبيل استفاخ المعدة بالغازات الى درجة الانتفاخ الطبيعي ومع المعدة
والامعاء آن واحد ولا تنشأ الغازات هنا من تخر الاطعمة فقط بل
ربما يحصل افراز غازي شبيه بالافراز الغازي الاستيري وربما تولدت
الغازات في الامعاء ومكنت الى المعدة بحركة ضد الديدانية
وقد قيل عمل فقدا الشهية زيادة مفرطة فيها كما يشاهد عند الاستيريات
فيتمبها الشخص ان للمعدة فارغة ولا يعرف الاحساس بالجوع حتى
ولامد الاكل ويشكى بسخنة متعبة ولا يصحبها عادة انتفاخ البطن
ولا الخشخشة

وعند الاضطراب المعوي بالقرص يعيب سوء الهضم والغالب احتقان
في الكبد وزيادة في افراز الصفراء وطفح هربسي في الجلد
(التشخيص) تشخيص سوء الهضم فانه ذاته سهل وانما الصعوبة في
تعيين نوعه هل هو متعلق باضطراب وظيفي فقط أو بالتهاب معدة مزمن أو
بضعف للمعدة أو مرتبط بمرض عام أو بمرض عضوي أو هل هو سابق
ومعلن لمرض عضوي مرمي كالقحة والسلطان فلزم الاعتناء في البحث
عن المعدة وعن مواد القيح وعن الأمراض العامة وتكرار البحث يوميا لأجل
تحقيق التشخيص والاستدلال على الانذار والمعالجة ثم ان الشكل الترتلي
المرئي يشاهد بالاكتر عند الشبان والكحول والمدمنين على الخمر ويقتز
بالمعدة من الغثظ عليها وبالاحاساس فيها جراحة وزيادة العطش والحرارة
اللسان كله أو حافته وطرفه وتغطيته سطحه بطبقة زسنة سيكتدو حول
القيح المخاطي على الريق

وأما الشكل الضعفي فالاضط فيه على المعدة لا يؤلم وقد يستريح به المريض
والعطش

والعطش فيه نادر أو مفقود واللسان يعرض ويتقلب بطبقة مميضة رقيقة
فقط وجفاف الفم فيه لا يبلغ درجة جفافه في القزلة العديدة المزمعة ولا يحصل
القيء الخاطي على الريق ويصعبه الإمساك على الدوام تقريباً
وأما الشكل العصبي الومأى فتشاهد فيه زيادة الشهية مع قلة الاستساخ
النازى وزيادة الآلام العصبية وحصولها على نوب ويصعبه غالباً القيء
المضطرب في الحلق ولا يلائم الإمساك دائماً

وأما عدد المعدة وقوتها وسرطانها فسنذكر أمراضها في عملها

(الإنذار) يتعلق الإنذار بأسباب سوء الهضم وسوء المزج ونوع المرض ومدته
وتسلط الأمراض في الغالب ويستقر المزج باتباع المراجع الموافق وقديم الشغل
في الأحوال الكدية ولكن يتعدى في الأحوال القديمة المتقدمة ولا يؤمل الشغل
في الأحوال المتعلقة بالدرن والسرطان

(المعالجة) تتنوع للمعالجة بتنوع الاضطراب وأسباب سوء الهضم وتكون
محبة أو دوائية

فالمعالجة العسية يمكن تطبيقها على أنواع سوء الهضم وتنقسم الاعتناء والتدبير
الغذائي واختاب الأطعمة والمشروبات الموافقة للمزج وتبين مقدارها
وترتيب أوقات الطعام وأوقات النوم والقيام في الصباح
والاصوب أن يأكل المريض ثلاث مرات في اليوم وأن يريح اللحوم البسيطة
كالضأن والأرانب والدجاج والسكك البيضاء ويحب لحوم الحيوانات البرية
ولحم الخنزير واللحم المحمى وأما البيض فإنه يوافق البيض دون الآخر وكذلك
الحم البقر والجماء وتنقب الخضروات الخضراء كالسباغ والقرع الفخيز
والرجلة والخرشوف والهليون وتخضر بالطحين بالرق مع تحب اللحم ويمكن
أكل مقدار قليل من البطاطس مغلياً وكل الرز المدقوق مع اللبن والشعيرة
الأزنجى والصلية وأما الفجل والجزء وجميع الجذور الصلبة فالأصوب
تركها والكرنب والخضراوات الجافة قولد الأرباح فالوصفاطها ويردح

٣٨٦
الخبز المقر والسكوت على الخبز الجديد ولا تؤكل حيوانات البحر ولا فواقيها
ولا الجبن ولا الخل ولا النقل ويؤخذ اللبن والحمض مع الماء بدل
القهوة والشاي ولا يشرب المرق مع الطعام الا مقداراً قليلاً جداً
المشروبات والبهارات فيمنع منها البعض وتقطي البعض حسب الاقتضا
وعلى الصوم يلزم تجنب المواد التي توجب احتقار الوجه والرأس

بعد الطعام
ولهم ان يكون أكل المرق يبطئ وان لا يدخل الطعام على الطعام وان
لا يلا سعدة بل تترك المائدة قبل الشبع وبحين المضغ ويشبع
البعدة الغذائية بالثياب ولا يأكل وحده ان أمكن بل يأكل مع
جماعة ولا يتقرب من تعب والاشتغال العقل مدة المضم ويؤاخذ على

الرياضة في الهواء المطلق حرماً وعلى الاستحمام والتفاد
وأما المسألة الدوائية فتختلف باختلاف الأحوال فتحتاج التزلة للمعدة
المرمنة بالقلويات كخوب كربونات الصوديوم والمياه المعدنية القلوية
كماء كارسباد وملح وماء فينشي وبروج وجيسر هو بلر وماء سانا
جالييه وضد الامساك تقطى المسهلات الخفيفة الخلية أو الحنف
الباردة واذا كانت التزلة مضاعفة بحالة صفراوية تقطى الحبوب
الزرقا أو اليونين والابردين والراوند وعرق الذهب والماليزيا
المكلسة وضد الأرياح والغازات يعطى فم بللوك أو الغازات اذا
كانت الغازات غير مصحوبة بامساك واذا كانت المعدة منهجة يضاف
للزيموت كلوريدات المورفين أو يعطى بعض فقط من حمض السين
ايدريك وماء البحر ويعطى ماء القرفة أو تقطى حبوب اوكسيد الفضة
أو يعطى مسحوق الطباشير المحضر أو الشب والستين ومنقوع
قشرا البلوط والمالكيو أو يعطى المسحوق المعده المركب من الراوند
والماليزيا وبني كربونات الصوديوم مع سكر الينسولا أو المنفع أو تنسل
الحلة

المعدة بالمياه القلوية أو المضادة للصفونة بطريقة كوسماول التي
 سنعود إليها في تقدم المعدة
 ولا يلزم الأفراط في المسهلات خصوصا إذا كانت المعدة متعجبة وإذا لزم
 الحال لأعطاء مسهل ترجح الحقنة الباردة ويعطى زيت الكزوح ويتوجه
 المريض لأخذ المياه المعدنية إن أمكن من ينوعها في كارلسباد
 ومادينبار وفيسباد وبلومبير وفيشي وبانيير ويجوز غيرها
 وإذا كانت التربة المعدنية ناشئة من المشروبات ومعصونة بأعراض
 السكر للزمن فيلزم منع المشروبات بالكيفية لحاة أو بالتدريج
 ويشرب المريض ماء الصودا وينقع مرخيف والبابونج وفي كل
 يومين ثلاث حبات من الجيوب الزرقاء عند النوم وتقطي القلوبات والبرصوت
 كما سبق ذكره

وإذا كانت الغزلة المعدنية نقرصية متاج بهيمة المختل وأما وج
 الهوتاسا ومدرات البول مع مراعاة الشروط العجبة ضد النقص
 وإذا كان سوء الهضم ضعيفا معصوبا بغازات وأرياح رحوضة وأساك
 مع قلة وساخة اللسان وعدم تألم المعدة بالضغط عليها يلزم الاكتناع
 عن السوائل والشوربة والتشويات والحفراوات الجافة والتخيز الجهد
 ويتعاطى الحوم البيضاء المصلوقة والسبانخ والقرع ودقيق الرز واللبسكوت
 ويتعاطى البيرأخنة بدل الماء أو حليلا من البيض ويعطى المساحيق المعدنية
 المرة والجوز المقيح والكيينا ضد الأساكة يعطى على الراوند اليوناني
 والصبر بقدار خفيف ويترعى بدون تعب
 وسوء الهضم الانيمارعي والكولوروزي والكاشيكسي والدرد فيحتاج
 إلى استعمال المركبات الحديدية والزرنيخية والمركبات الاسنة يكتبه
 والمنقوعات المرة كالكلوروفور والكواسيا ويعطى مقدار معد من
 الصبر أو الراوند لمنع الأساكة ولكن المركبات الحديدية والكيينا

الغشاء المخاطي وتكون منتشرة على مسير التفرعات الشريانية الوريدية ولا يزيد قطرها عن نصف سنتيمتر وتكون مستديرة أو بيضاوية وحافتها مخزفة مبعدة وتحدث من نيكروسيوز الغشاء المخاطي في حذاء الانسحاب اللامعوي المقتل

وقد تحصل التفرعات الأيكموزية عند الطفل الحديث الوضع ويكون مجلسها غالبا قوس المدة الكبير ويعصبها استقان وريدك واضح ويتسبب عنها قيئ تتركب سواده من مواد غاطية منقطة بنقط مسودة طبيعتها دموية وتكتسب سخنة الطفل هيئة المجهوز وتغور عيناه وينكش جملده ويصير سياتوزيا (بارد)

والتفرعات الدرقية تشاهد في المدة أقلامها والامعاء ومجلسها في الغالب القوس الكبير للمدة وتغيب يكونها غير مستطلة مخفورة على هيئة قمع يختلف حجمها وقد يصل إلى ٣ أو ٤ سنتيمتر وكل من قاعها وحافتها موشع بجبيبات درنية ينشأ من لبها الساع الفرج والأنجمة تحتها من شحنة بالدرن على امتداد صغير خفوضها بطول الأوعية الشريانية وفي النادر يتسبب عنها ثقب المدة أو فزع الأوعية ويعقب ذلك التهاب بريتوني أو نزيف خطر وبالجث عن هذه التفرعات بالميكروسكوب تشاهد آفات الدرن وبأسيله

ويمكن مشاهدة تفرعات المدة أيضا في الحي السفودية (ميلاد) وفي الزهر وهو نادر جدا وفي الكودق المنتعجة للجد وعقب رض القسم الشرسي وفي أما القرعة المدة الوحيدة وتسمى بالقرعة المستديرة (نيماير) والقرعة الثاقبة (روكيتانسكي) وقرعة ابيزكروني وقرعة كرويليه المرمنة البسيطة فهي قرعة أكالة تمتد في السطح والعق وتغيب للمدة غالبا وتفتح الأوعية الدموية وهي قابلة للتسطا والالتقام (التشريح للمرضى) هذه القرعة وإن كانت وحيدة غالبا (روكيتانسكي)

الا انها لا تصحق تسميتها بهذا الاسم دائما لانها قد تكون مزدوجة وفي
احوال استثنائية تكون اكثر من ذلك ولكن متى وجدت قرحتان فيهما
مختلفتان في الاتساع والاصناف بحيث يقع بينهما لم يكن في ذين واحد
ومجلس القرحة الممدية الوحيدة يكون عادة في القوس الصغير للعدة او
في الوجه الخلفى او للمقدم لهما بقرب القوس المذكور ووجودها في الجهة
الخلفية اكثر من الجهة المقدمة وقد تشاهد قرحتان متقابلتان احدهما
في الوجه الخلفى والثانية في الوجه للمقدم بحيث انه ربما يتصور حصول
القرحة الثانية من ملامسة القرحة الاولى للششاء الخاطئ امامها وقد
تتسع القرحتان وتتقارب من بعضهما في القوس الصغير للعدة ثم تحتل
بعضها وتصير قرحه واحدة بشكل الساعة الرمل وتشاهد القرحة الوحيدة
ايضا في الجواب وتندر في تقعر الفؤاد وشكل القرحة الوحيدة عادة مستدير
او بيضاوي وقد يكون هلاليا او غير منتظم ويختلف حجمها من قدر القرش
الى قدر الريال الفرائس وتكون حافتها مقطوعة قطعاً عاموديا وليست
ضخمة ويكون قاعها غائرا على هيئة قمع فته متكونة من الطبقة العظمية
او من البريتون حسب غورها وحيث ان سير القرحة سريع ولا يصعبها التهاب
في الغالب لاسيما في الابتداء فانها ربما تشعب البريتون قبل التمام وريقته
فينسكب فتعمل المدة في تجويفه وتنفخ الاوعية الدموية قبل انفقاد
الدم فيها فيحصل مزيج بالخطى خطر او مقتل
واما اذا حصل في القرحة التهاب فان حافتها تشعب بنفخه وتصير سمكة
متبسة ربما اشتبهت بالقرحة السرطانية ويمتد التهاب الكلى البريتون
فيلتصق بالاحشاء المجاورة كالغصن الاكبر للكبد والغدة البنكرياسية
ومتى تأكل البريتون تشاهد الاحشاء المذكورة في قاع القرحة وقد
يتسبب من القرحة التصاق البريتون بحدود البطن ثم تتأكل حدود البطن
وتتشعب ويكون ناسور معدة جلده وفي احوال اخرى تفرش القرحة

على

على الحجاب الحاجز أو الطحال أو العقد الفخاوية المسارية أو القص أو
القولون المستعرض أو الحجاب المنصف أو القامور أو الليمور أو الرئة
والشعب ويعقب نفوذها في هذه الأجزاء عوارض شتى وتقرئ أيضا على
الأوعية في طريقها سواء كانت شرايين أو أوردة كالشريان التاجي
المعدة والطحال والمعدة القوي وتقرئها وتحدث الانزفة والتهام وريق
البريكون لا يؤمن من الخطر لأن الالتقام قد تمزق أو تمدد القرحة والنقطة
ثم يتم الالتقام فيها

وبالبحث المكروسكوبي عن النسيج المتقرح توجد عناصر طبيعية أو مستحيلة
إلى الحالة الجيبية النحوية ولا تنقر القرحة دائما في السير بل يحصل
التهامها في كثير من الأحوال بحيث تشاهد في الجثة قروح تامة الالتقام
أو غير تامة وأثر الالتقام يكون مجردة من النشاء المخاطي ويتسبب عنها
انكماش المعدة في جذائها وتشوهها فإذا كانت في قوس المعدة الصغير أو
على أحد سطحها تصير المعدة ضيقة من وسطها على شكل كيسين متلامسين
وإذا كانت في البواب توجب ضيقه ثم من ضيق البواب يحصل ملأ في المعدة
ثم أن المرء والأشعث عسري عرضة للأصابة بالقرحة الوحيدة كالمعدة
وينتد مشاهدتها في بقية الأنما

(الأسباب) راء وبرشو أن قلوية الدم تمنع تأثير العصير المعدى على
نسيجها فإذا انسدت الشرايين أو الأوردة الشعرية باستقالة ضخمة
أو آتروم أو أخوها ووقفت الدورة في نقطة من المعدة ليستقر عليها العصير
المعدى ويضمها ويعقب ذلك تكون القرحة الوحيدة التي تكتسب شكل
الانتهائيات الشريانية على هيئة قمع قاعدة في جذاء النشاء المخاطي
وفته مواجهة للبريكون واعتراض المزلفون على ذلك بأن ركود الدورة
المعدية عقب آفات معامات القلب وسير وزا كمد ثم يتخلف عنه ظهور
القرحة الوحيدة وأن القرحة الوحيدة المرء لا يجعل إليها العصير المعدى

وأنه يمكن تشبيه القرحة الوحيدة للعدى بالقرحة المزمنة السمكة للبرد
التي تظهر على المساق ومع كل فأن تأثير المصير المسمى على القرحة لا يمكن
انكاره وأما ذلك فأن الشرايين في قاع القرحة وقطعها قطعاً عامودياً
كقطع السكين مع أن جدار الشرايين تقاوم التقرحات في بقية أجزاء الجسم
(وويليام جولد) يفسر كثرة حصول القرحة الوحيدة في القوس لمغير للعدى
بثباته بالنسبة لبقية أجزاء المعدة وعدم قابليته للانبطاط بالنسبة لشدة
تقوسه

وتشاهد القرحة الوحيدة عادة في سن الشبوية والكحولية أي بين سن
١٦ إلى سن ٤٠ وتقل مع التقدم في السن ولا تشاهد قبل سن
المناعة إلا في أحوال نادرة جداً وتصيب الإناث أكثر من الذكور
وأما المظهور والسكن المزمن والدرن والزهري فلم يثبت تأثيرها في حصول
القرحة الوحيدة وأما سمومات القسم الشراسيفي فقد تكون سبباً مهمات
للقرحة الوحيدة (بوين) ومن الأسباب المهمة أيضاً الإفراط في المشروبات
الكحولية والأغذية الصلبة المضمرة والقيء العنيف وازدحام أجسام
صلبة ذات زوايا حادة كما يشاهد عند الشفانين في القيء والزجاج
(بيرنوتس)

(الأعراض) الأعراض الخاصة بالقرحة الوحيدة هي الألم والقيء
وقد تسبقها أعراض سوء الهضم أما الألم فتختلف حدته من درجة الانقباض
والثقل في القسم الشراسيفي إلى درجة الحرق والحرقن والقرق والتعب ويتبعها
الألم عادة بعد تناول الطعام ببعض دقائق إلى نصف ساعة أو ساعة في
النادر ويستمر مدة الهضم ويزول بعد تمامه وإذا حصل القيء وتفرغ المعدة
من محتوياتها يتخف الميؤن من الألم ويستند الألم بالضغط على القسم الشراسيفي
ويتناقص المواد الغذائية الصلبة أو الصرعة الهضم أو الساخنة وفي النادر
جداً يحصل الألم على ملحق ويتلطفت بتناول الماء الدافئ أو المضاف إليه الكوكب
وقد

وقد يظهر الألم على نوب بدون سبب واضح أو يستقر بلا انقطاع مدة أيام أو أسابيع متوالية خصوصاً إذا ازمن المرض وعجلت الألم في القسم الشراسيقي في هذه النوبة الخفية أو على عكسها أو يسارع بقليل أو اسطر منه بخوف قراطين أو ثلوة ويكون عدواً على بقعة لا يزيد قطرها عن قيراط أو قيراطين (برينتوز) ويصيب الألم الخفي الم فقرى شديد يحس به في هذه الفترة الأولى العقلية وقد يكون في هذه الفترة الثانية العقلية أو التاسعة الظهيرة

وتجرك الألم ويستبد بالضغط على القسم الشراسيقي حتى إذا المرض لا يتحمل أدنى ملامسة حتى ولا لمس الملابس وقد يترك هذا الضغط الألم المقرى أيضاً وفي أحوال نادرة جداً يتلطف الألم المحدث بالضغط وأما القيئ فإنه يبتدئ عادة بعد ظهور الألم ببعض أيام أو بعض أسابيع ويحصل القيئ عادة إذا وصل الألم إلى حد كبير بعد الطعام وحتى تفرغت المعدة يخف الألم وينعزل في مسافة دقيقتين إلى خمسة وفي العادة سيكون القيئ سهلاً وقد يحصل قيئ مخالي مصفر في الصباح أو في أثناء النهار خلافاً للقيئ الغذائي وفي الحالتين يقصف القيئ بشدة للجوعته التي تنشأ عن زيادة حمض الكلور وابتدئ في المصير المسمى وهي علامة مهمة تميز القرحة الوحيدة عن سرطان المعدة (أيوالد ريجل)

والقيئ الدموي كثير المفعول في القرحة الوحيدة للمعدة وقد يكون مقدار الدم وأهياً ويحتاج عند استكشافه فيزول المواد الغذائية وتترك المواد السائلة للاستراحة ثم البحت في الراسب عن الكرات الدموية الحمراء والغالب حصول القيئ بمقدار زائد ويخرج الدم في القيئ حمراً وسائلاً إذا لم يمتد في المعدة وأما إذا امتد في المعدة وأثر عليه المصير المعدي فإنه يخرج في القيئ على هيئة جلط أو سائل مسود يشبهه بتنوع القهوة وقد ينفذ بعض الدم في الأمعاء

ويخرج مع المواد الثقيلة على هيئة مادة مسودة شبيهة بالقطرات أو
النيل وحصول التعريف يدل على إصابة بعض الشرايين بالقرحة
ويقترب القرحة الوحيدة مادة سوء الهضم والأمساك وأما الشهية فقد
تكون محفوظة ويرى على الشخص هيئة الصحة التامة ولكنه يتحاشا على
الأغذية خيفة تخير الألم وإذا أكل يتقايأ غالبا ومن تكرار القيء والألم
والتريف تقل التغذية ويضعف المريض ويصير أنيمياويا ويصحب الطمث
عند النساء أو يقطع الحيض بالكلية ويقال البول ويصير سكرأ غالبا حمضيا
وقد يظهر فيه الرلأل ومن تقدم الضعف تكتسب هيئة المريض هيئة
جوكية واضحة مع الخطاط ما يخلو وأرق متعب ولكن لا تتأثر العقول
عادة

(السير ولادة والانتها) يبتدئ المرض غالبا بسوء الهضم ثم يحصل الألم
والقيء وقد تستمر هذه الحالة مدة أشهر أو سنين قد تبلغ من ٢٠ إلى ٣٠
سنة أو أكثر ثم توران وفترات تحين وابتاع الملحجة اللانقة ربما
يحصل الشفا وقد يحصل الشفا الذاتي باتباع الشروط الصحية وقد تستقم
الكاشيكيا في النادر إلى درجة الهلاك وتحصل الوفاة غالبا من
العوارض التابعة للقرحة ولكن سير القرحة لا يكون على هذا
النسق في كثير من الأحوال

ففي بعض الأحوال تكون القرحة كأمية الأعراض ثم تظهر فجأة أعراض
الاستقلاب المعدي والالتهاب البريتوني الحاد أو التزيف المعدي
ويهلك المريض في مسافة بعض ساعات أو بعض أيام ولكن تشا هذه
هذه العوارض غالبا في القرحة المزمنة المعتادة وقد ينسب من القرحة
التصاق البريتون ما لأحشاء المجاورة وتكون خراجا ينفخ في الكبد
أو الطحال والحجاب المنصف أو في التامور والبيونز والكسب وثقب
ذلك عوارض خطيرة ومقتلة وفي أحوال أخرى تحصل المعدة بالقولون

أو بالجلد ويتكوّن ناسور معدى معوى أو معدى جلدى وفى هذه الحالة ربما تحسن حالة المريض ويقع بفؤاها الرخوة التامة وفى الأحوال الحسنة تنتهى القرحة بالالتئام التام بدون تشو تشاوى وانما فى الغالب يقب الندبة تشو فى شكل المدة واما فى الهضم وانا كانت الندبة فى اللسان يتسبب عنها ضيق هذه الفتحة ويقب ذلك تمدد المدة وقد يكون التئام القرحة غير تام أو تلتئم ثم تنفجر ثانيا أو تظهر قرحة جديدة بعد التئام هذه القرحة وفى هذه الأحوال لا يزال المريض عرضة لموازين التزييف واشتاق المدة واصابة الاعضاء المجاورة وقد تستمر الندبة مؤلمة بسبب احتباس بعض انبعاثات الفروج العصبية فيها

وأما استئالة القرحة الى سرطان فبعض المؤلفين ينفىها بالكلية (تروس) والبعض يزعم باحتمال حصولها (بريتون)

(التشخيص) متى وجدت الآلام الخجزية والفقرية بعد تعاطى الطعام وانضرفت بعد الفجر أو بعد تمام الهضم وكان القيح مدحا أو مصحوبا بالليينا وكان مقدار حمض الكلور ايدريك فى العصار المعدى زائدا عن الحد ولم يحس بوزم فى المدة وكان المريض شابا أو كهلا يمكن تقرير تشخيص القرحة الوحيدة للمدة

ولكن متى كانت الاعراض المذكورة غير تامة او كانت قليلة الواضح تلبس القرحة بأعراض أخرى كالآلام العصبية وسوء الهضم المؤلم سرطان المدة وقرحة الاثنى عشرى وصيروز الكبد والانبعاثات المبررة منذ الشبابات ويلزم فى هذه الأحوال اعتبار الاعراض الأخرى المميزة لهذه الاعراض والوصول الى التشخيص بطريقة السرد فالآلام العصبية للمدة مثلا تصف بتشمعها فى الاعصاب بين الامنوع وتلطيفها بالانقباض للمعدة أو بتعاطى الاطعمة ولا يصحبها قيح مدم وان كانت هذه

الأوصاف غير كافية وإنما الإناها تساعد على التمييز وإذا كانت الآلام
العصبية معلقة بالأناكسيا وكتبت أوصاف الآلام القرحة المصلدة
واسطبت بالقيح المدم أيضا بحث في المريض عن أوصاف الأناكسيا
الأخرى التي وجودها يبين على الشخص

وسوء الحظ للمؤلم لا يبور بتعاطي الأغذية ويتلطف غالباً بالضغط على
المعدة ولا يصعب عادة قيح دموي وتنتشر الآلام بين الأعزاج غالباً
وبينا هدس طان المعدة عادة عند المتقدمين في السن ويتعفن بالكاشيكسيا
السرطانية وانتفاخ العقد اللمفاوية تحت القرقرة اليسرى وسيره سريع
وحس بورمه بالجسر غالباً ويعصبه تناقص حمض الكلور أيدريك أو فقد
في الصغير المملح

وجلس المنع الكبدية عادة بجوار الحويصلة المرارة ويصعب غالباً قيح
وقشريح وبرمان وربما توجد المعهوات الصفراوية في المواد الثقيلة ولما
في الأحوال التي تكون فيها أعراض القرحة كأمية وسهك الشخص لجأة
أو تحصل عنه أعراض خطيرة حتمية فإنه يتذر الشخص وربما التبت
الحالة بالتسم وبحتاج الأمر إلى فتح الجثة لأجل تعيين سبب الوفاة
(الإنذار) أنذار قرحة المعدة رديئة عادة حتى في الأحوال الخفيفة لأنه لا
يؤمن من حصول العوارض الخطيرة وإذا حصل الشفا يخشى من التكرار ومن
عواقب الشهوات المتعلقة بأشرف الالتقام

(المعالجة) أهم المعالجة هو اتباع الشروط الصحية فلتزم مراعاة العنازل
أو يكتفى بالرياضة الخفيفة كرياضة التمدد العنبراني التمدد العنبراني
تلتهم القرحة فيعطى اللبن بكميات قليلة متكررة ويكون اللبن دافئاً أو بارداً
بعد التليان أو مدقناً أو منعقداً في الزبادي وإذا أكل المريض من اللبن
ولم يحمله يضاف إليه قليل من ماء البحر أو ملحقة من القهوة أو يضاف إليه
ماء كبير مع ٢ صليلجرام من كلوريدات المورفين أو الكوكايين أو
يعطى

يعطى له اللبن البقري أو يضاف إليه ماء الزهر أو يستعمل بالأمراض
الجيدة والبيض المرش أو اللحم البقري بمقدار قليل وقد شرب بالحقن
المخففة في المستقيم ولا تنوع التغذية إلا بالحواء النقاها بفاية الأحرار
ويبتدأ بالرز المدقوق ودقيق الاروروت ثم مسحوق البسكوت ويلزم
اجتناب الحلو والسكر خشية تولد الغازات في المعدة وتدها
والملحجة الدوائية تتعرض للأعراض عادة لأجل لطيفها خصوصا إذا
كان المريض متقدما وأما الآلام العصبية فيمكن تسكينها بحقن المورفين تحت
الجلد ويوقف القيء بأخذ اللبن بمقدار ملعقة بملعقة على فترات كافية
وبإضافة المورفين والكوكايين على وجه ما توضع قبل ويوقف التريخ
بالقوابض كفوق كلودور الحديد والارجيتين وبأخذ قطع صغيرة من
الحديد أو يطي مسحوق البزموت والكينو مع الأقيون

ولأجل التأثير على نفس القرحة يوصى ببعضهم باستعمال نترات الفضة
أو أوكسيدها وحدها أو مع الصابون الطبي والقنويات ويلزم الامتناع
من قاطع المسهلات وإذا أزم الحال إلى الاسهال يطي زيت الخروع أو
حقنة مسهلة ولا تستعمل المركبات الزينية مطلقا لأجل عدم تحريض
أفراز العصور المعدية يوصى ببعضهم بالحمية المطلقة وتغذية المريض بحقن
المستقيمة مدة اسبوعين أو ثلاثة لأن هذه المدة تكفي في الشفاء القرحة
تماما أو تقريبا ولكن لا يتسرع اتباع هذه الطريقة ولا غلو من السوابق
وتساعد الأدوية الباطنة بالمحاولات الأولية فوضعي الدم حتى تتعرق
علامات الالتهاب ومبدها توضع الحاروق أو الملقها على قسم المعدة أو
توضع على البطن لأجل تسكين الألم الفقري وبعضهم يوصى بوضع علفين
أو ثلاثة لأجل تسكين الآلام الخنجرية

وحيث أن القرحة الوحيدة قابلة للتشكات فتلزم المداومة على الاعتدال
النقاها وبعد الشفاء ويوصى المريض باجتناب أسباب القنط على القسم

الشراسيفي فلا يصريح لثنته بل يصر النطقة ويحترس من إفساد الحزم ولا يفيضط
 المصير ما في ملصده وقت الشغل ويلتزم اجتناب جميع المجهولات
 (المبحث الخامس في الآلام العصبية للمعدة)

الآلام العصبية للمعدة مجلسها المزيج المعدة للعصب المراد المصيدة
 والسباقة وقد تكون ذاتية أو تانبية لأعراض أخرى موضعية أو عامة
 (الأسباب) الآلام العصبية الذاتية تحدث من تأثير البرد والقب والافراط
 الشهواني والافراط في الاشتغال والسهر والحزن واستهلاك البهارات القوية
 والمزاج العصبي معي لها وتظهر الآلام العصبية مصاحبة لسوء الهضم وقحة
 المعدة وسرطانها وفي الخوروز والانييا والاستديا والاكسيا وفي النقرس
 والتسمم الجاهي وللسل وامراض الرحم والنخاع الشوكي وغير ذلك
 (الأعراض) العرض الاصل المهم الوحيد هو الألم الذي يظهر على هيئة
 فوب وتكون النوب عادة غير متصلة بالعظم ولا بتساطح الاطعمة فتارة تسبق
 الأكل بخمسة ريع أو نصف ساعة وتكون اذا تعاطى الشخص مواد غذائية
 وتارة تحصل مبدا الأكل بنصف ساعة أو ساعة أو تحصل بعد تمام الهضم
 ويسبق النوب جش غازه أو حمض أو غشيان ويكون الألم إما قاصرا على
 المعدة فيحس به في القسم الشراسيفي كتشج مؤلم ويصعب فيه متواتر ومضغنة
 أو اخفاء أو يكون اخر أو عمقا أو يتشعب بعيدا عن المعدة والفم والتهدد
 والأعصاب بين الأضلاع والبطن والأعضاء والمواقين أو يترد في الحبل
 المنوي في فروع الضفيرة الشمسية فيتاوه المريض ويتلو ويهت وجهه
 وتتغير تقاطعه ويتغير ويغير أو ضاع على الدوام أملا في تخفيف الألم
 وتستمر النوبة بعض دقائق الى ريع ساعة أو ساعة وقد تكرر عنده مرارا
 في اليوم وتعود بعد أيام متوالية وقد يصحبها اضطراب الهضم وفي الغالب
 يسترطيبها الشهية محفوفة بل ربما تزايدت تزايد مرضيا بصفة البواليا
 أو تضطرب بصفة البسكا والملاسيا

وإذا كانت الآلام المعوية سابقة لالتأكسيميا أو متعلقة بها فأنها تكتسب
أوصاف الآلام القرحة المعوية الوحيدة وقد يسبق الآلام المعوية ظهور السيل
الرئوي وتعلق به
ويتنوع سائر الآلام العصبية للمعدة بتنوع أسبابها فقد تكون دائمة مستمرة
وقد تكون وقية وتصرف بسرعة ولكنها عرضة للنكسات

(التشخيص) تشجع الآلام في الصدر والبطن وحصولها مرة فأنزع الحدة
وتسكينها بتناول الطعام وبالضغط على المعدة واستقرارها بعد القيء وعدم وجود
الدم فيه وعدم زيادة حمض الكلور أيدريك يكفي في تمييز الآلام العصبية الذاتية
عن الآلام القرحة الوحيدة للمعدة التي فيها الآلام محدودة خفيفة فخرية تظهر
بعد الأكل وتسكن بعد غمغهم أو بعد القيء وتزداد بالضغط على المعدة
والقيء فيها مدم ومحتوى مقدار وافى من حمض الكلور أيدريك وأما السلطان
فالأمه أقل حدة وصحبه في أغلب ورم يحس به في القسم الشراسيفي وسن
الربض والقولب الدموي والكاشيكسيا والأوزيميا البيضاء الخولة الخاصة بالسلطان
دلائل على التشخيص

وتتغير الآلام الروماتيزمية لمضات البطن تكونها سطحية وتزداد بحركات البطن
وأما الآلام العصبية بين الأعصاب والمغز الكبد فأنها تتميز بالاعتناء في
تحديد مجلسها والبحث عن النقطة المؤلمة الأعصاب بين الأعصاب وعن الآلام
الكتفي في المغز الكبد وزيادة حجم الكبد واليرقان والبول المعبر عنه بالكبد
وبقية الأعراض الكبدية

ومتي يتبين تشخيص الآلام العصبية للمعدة يلزم بيان سببها لأهمية ذلك
في الإنذار والمعالجة لأنها إما كانت مسبقة بظهور السيل الرئوي أو
الأتاكسيا أو متعلقة بالكلوروز أو الاستعرا أو ذاتية صرفا
(المعالجة) يلزم الإهتمام في معرفة سبب النوبة فإذا كانت ناشئة من
فراغ المعدة يكفي تناول أعيش ولو بسكويتة لأجل تسكينها وقد تسكن

٤٠٠
بالضغط على قسم المعدة أو بالرقاد والاستراحة على الظهر أو بتعاطي بعض نقط
من جفن البروسيك الطبي أو روح النوشادر العطري بقدر جرعات أو
المانيزيا المكسدة وبعدها بقدر جرايز أو مع البرموت اجزاء متساوية أو
بعضا فإليها واحد سنق من موزيات المورفين ويمكن تدليك عودتها بما عطفه
هذه الادوية متوزعة في اليوم أو يسطر ١٠ الى ١٠ نقط من صبغة الجوز للقيء
وتساج النوبة الشديدة بوضع عشرة مللوة بالثلج على قسم المعدة ويحقن
تحت الجلد محلول كلور ايدرات المورفين بقدر ٠.٢ الى ٠.٣ سنق جرام على
حسب شدة الآلام وتحمل المريض

وقد تظهر الآلام المميدة بعد الأكل نحو ساعتين الى اربع وتستقر شدتها بعد
ساعات ويعرف حصول ترول الاغذية في الاثنى عشرى قبل تمام هضمها وأستقر
الافراز المدي بعدها ويكفي لتسكينها تعاطي مقدار من بي كرمونات الصوديوم
أو منج البرموت المسكن أو اقراصها أو فخان من الشاء أو منقوع عطري
آخر وحيث انها تقطع غالبا بالاساك فيمكن اعطاء تحين من سلفات الحديد
مع قحة من العبروة فحات من مسحوق عطري بمعدل طعام (ابوكرومي) (تروس)
وأما الحامضة العامة التي يتبعها المريض بين النوب فانها تتعلق بالاسباب فتعالج
الانيميا والمخلووز بالكميات الحديدية أو الزينخة والكينا والادوية المرة وبيعاج
الاستعداد المعوي والاستيريا بمضادات التفتيح كالثاليريانا وبرومور
البوتاسيوم والحامضات الباردة وبيعاج سوء الهضم بالقلويات والادوية المرة
ويعطى للمريض بعض نقط من صبغة الاضون أو اللوون قبل الطعام
ويمتنع بالتدبير الغذاء خصوصا اذا كان تعاطي الاغذية يوجب تحريص الآلام واذا
انقضى الحال فراعى الحمية المبنية أو المصنف لبنية

(البحث السادس في التزيف للمعدة والقيء الدموي)

الغرض بالتزيف المعدي هو التزيف المناشئ من أوعية المعدة الواصلة الى
تجويفها سواء خرج الدم فيما بعد القيء أو بالتسوط أو لم يخرج الى الخارج والغرض
بالقيء

بالقيء الدموي هو عرض يتعريف بوجود الدم في القيء سواء كان منشأ الدم
تزيوا معديا أو ورود الدم المجعوف المعدة من منشأ آخر كالأنف أو الحلق أو الرئة
(الأسبيلي) ينشأ التزيف غالباً من الإصابات المعدية الحرجية وآفاتها العظيمة
كالجرح والرض والالتهاب المزمن والقروح لاسيما القرحة الوحيدة والسرطانات
وتعدد المعدة

واسباب احتقان المعدة على الصوم ربما تؤلف إلى التزيف المعدى كسيرة
الكبد وآفات صدمات القلب والالتهاب الدوى المزمن التحدف احتقاناً
ركودياً في الدورة الوريدية وكذلك الاحتقان والتزيف الاستري والعوضي
عقب انقطاع الكيفي والبواسير وآفات الأوعية المعدية كالانوريزما الشعري
والدوالي والانيروم وأراض الدم كالغورفور أو الأسقربوط والاثيميا الخبيثة
والخلوروز والحيمات العفنة كالتيقوس والجدرى الأسود والحى الصفراوية
الخبيثة

ويحصل التزيف المعدى في داء برات عقب قوتر الجموع الشرياني والاتيروم
وفي آفات النخاع خصوصاً الاحتقان الأجاعي (الاقور) ولكن لم يثبت ذلك
(الاعراض) بالنظر لاتساع تجويف المعدة ربما يحصل فيها التزيف ببطئ
ويبلغ مقداره عظاماً قبل ان يجزئ القيء فيسبق القيء الدموي في هذه الحالة
اعراض الأثرفة الباطنة كالقشعريرة وبهاتة الوجه وغطشة العين والدود
والسحجة والاغله وفي بعض الأحوال لا يحصل القيء بالكلية ويعبر فالدم
من المعدة في الامسا ويخرج بعدها مع الغائط على هيئة ميلينا
وفي أحوال أخرى يحصل التزيف فجأة بمقدار مغرط فيستشر الشخص
بورود الدم حاراً في حلقه ويتقيأه حالاً أو يحس بقشعريرة وحرارة في
العبد وورود الدم على فتحة المخجزة لوجبه السعال العند وفي الحالتين
الساقتين ربما يهلك الشخص فجأة أو يقع في الانقياد بدرجة مختلفة
وتختلف أوصاف الدم في القيء الدموي فاما أن يكون خمراساً نللاً اذا

كان مقدار غزيرا ولم يكثر في المعدة ولم يؤثر عليه عصبها وأما أن يكون بضمه
سائلا والبعض منقدا على هيئة تنوع القهوة أو النيلج المزوج بلقاء عقب تأثير
العصير المعدى عليه وقد يكون الدم منقدا على هيئة جلط كبيرة يصيب على
المريض تقايرها لأنها تحدث عنه حركة اختناق حال مرورها بجوار الحنجرة
ويشاهد القيح المحمر بالأكثر في القرعة الوحيدة للمعدة وأما القيح النيلي
فيشاهد بالأكثر في سرطان المعدة

ويختلف مقدار الدم في القيح فاما أن يكون قليلا جدا حيث يشاهد في سائل القيح
على هيئة راسب أو مصحوق مسود أو يكون غزيرا جدا حتى أنه يوجب الموت الفجائي
عقب إصابته الأوعية الغليظة بالقرعة الوحيدة مثلا أو يكون الدم متوسط
المقدار وأما يتأخر في خلع من تكرار

(التشخيص) يخرج الدم من الفم يلزم التحقيق في السبب هل هو قبيح حقيقي أو
نفث دموي غزير مثلا ومما ثبت أنه قيح دموي يلزم تعيين منشأ الدم هل هو
نزيف معدى أو دم ابتلع الشخص من الخارج أما قصصا بالإرادة أو قهرا بدون
إرادته عقب الزحف والتزيف السحبي الزحف إلى غير ذلك ويتميز الدم في التزيف
الزحف بالحرارة الصلي وكونه رغويا قلويا الفحل وأما الدم الذي مكث في
المعدة فإنه يكون مسويا نيليا وفعله حمضي

وإذا لم يتبع التزيف المعدى قيح يمكن بقاء المرض بدون تشخيص وتنسب بهاته
الوجه والأغلا الذان يجهلها المسبب آخر وربما كثر التزيف بهذه الكيفية
ووقع المريض في الانيميا بدون أن يشخص مرضه إذا أهمل الطبيب في البحث عن
المواد الثقيلة واستكشاف الميلينا عنده ويندرجان وال أثر الدم في التزيف
المعدة بسبب هذه ولا يمكن حصول ذلك إلا إذا كان مقدار الدم قليلا جدا
وفي هذه الحالة لا يتيسر تشخيصه

ويلزم الاعتناء باستكشاف آثار الدم في القيح أو اللواد الثقيلة ولو قل مقدار
واللون المسود النيلي أو الشبيه بالقطران الذي يكتسبه الدم في اللواد الثقيلة

يدل على وورده من المعدة أو من الاثنى عشرى لأن دم التزيف المسمى لاسيما القولون
يستحق محملا ولا تلبس الميلينا بلون الغائط عقب تعاطى بعض الادوية كالزئبق
والرصاصات الحديدية التي تكسب المعاد الثقيلة لونا ارجوانيا لا يصل الى درجة
سواد الميلينا وتغير المواد الثقيلة جافة صلبة في الغالب وفي احوال الاشتباه
يجتنب عن الدم بطريقة خشب الانبيا او المنظار الطبي

ومما تأكد تشخيص التزيف المعدى بحسب تشخيص سببه ان كان افة معدية كالقرحة
الوجعية أو السرطان أو افة كبدية كالسيروز أو افة في الصمامات أو لحقان
عوضى أو استسقاء الى غير ذلك والبحث عن سوابق المرض والأعراض المتعلقة به
الاسباب تكفى في تشخيصها

(الانفاز) من النادر حصول الهلاك عقب التزيف المعدى حالا ومع ذلك
فإن هذا المرض خطير ودرجة خطره تتعلق بسببه وبجالة الفحة العامة للجسم
(المعالجة) متى حصل التزيف المعدى يلزم استراحة المريض واستلقائه على
ظهره ووضع مثانة الجليد على المعدة واعطائه بعض قطع من الجليد يمتصها
وتوضع الحجام على الاطراف ويمتنع من الاغذية وتقط له كيونة موياسة أو
كبريتية غير حملة أو الماء الكحولى ويستعمل القوابض كغرف كطورو كحليل
وماء رايبيل خلوات الرصاص بقدر ١٥ الى ٢٠ ن مع خلاصة الافون
قدرد آسنه جرام وتكرر كل ساعتين أو ثلاث مرة أو يعطى زيت الترمستينا
من ٢ الى ٣ نقطة كل ست ساعات مرة أو حمض العفصيك قدرد ٥ سنه
كل ثلاث ساعات مرة مع ١٠ الى ١٥ نقطة من حمض الكبريتيك وقيل من الماء
ومما انصرف خطى التزيف يلزم معالجة سببه بما يوافق ولا يلزم معالجة الانبيا
التأمية الا بعد زوال الاعراض الموضعية واستراحة المعدة حتى تتحلل تأثير
المياه الحامضية والادوية القوية

(المبحث السابع في تمدد المعدة)

المقصود بتمدد المعدة اتساع تجويفها سواء رقت جدارها أو خلقت

(الأسباب) الالتهاب المعدى الذى قد ينشأ عنه ارتخاؤ وشلل فيجدر المعالجة
فتمتدد بهمة وربما تفعل إلى حجم كبير وهذا ما يبر عنه بالتقدم لكلا وهو نادر
ويجعل التقدم في المادة يبطئ تدريجاً إما عقب ضيق البواب بورد سرطاني أو
بأثر التماسخ أو عقب الإفراط في الأكل والشرب فلا تقاوم المعدة الضغط
المواقع عليها تنتفخ بالقدم

أو يجعل التقدم عقب الآفات التي يصيب جدار المعدة وتنفس عظامها أو تفسدها
كالالتهاب المعدى المزمن والهبوة التي تعقب الأمراض الثقيلة كالحمى التيفودية
والسل الرئوي وأمراض الخ والتفاح الشوكي
وما يهيئ للتقدم المعدى الكولروز والأغيا والضعف العصبي والاستيريا
وللأخير ليا ويعيب التقدم المعدى غالباً الكول الساجية
والتقدم المعدى أكثر حصوله من سن ١٥ إلى ٤٠ وكنته ليس نادراً عند
الأطفال ويشاهد عند الرجال أكثر من النساء

(التشخيص المرضي) المعدة المتقدمة تحفظ في النادر شكلها الطبيعي وتنشوع
في الغالب ويصل قاعها للأسفل السرة أو يقرب القوس المائل بحيث يصير
امتاعها مقدار ١٠ إلى ٢٠ أو ٥٠ لبقاً أو أكثر وتغير طبيعتها العضلية
صعبة أو ترق وتغض أو تقاب بالاستحالة النشوية ولا يكون الغشاء المخاطي
سليماً إلا في أحوال استثنائية ويكون عادة معاباً بآفات الالتهاب المزمن
وتوجد على سطحه أنواع فطر عديدة أهمها السارسين

(الأعراض) الشبهة في التقدم المعدى إما أن تكون متزايدة أو متناقصة
والعطش شديد والإسساك مستمر والعظم طين صعب ويجعل القيء والغالب
بسهولة وقد يصل مقدار الإسهال ليعزات في اليوم من مواد سائلة مخاطية
متلوثة مرة الحام ذات رائحة كريهة محتوية على مواد غذائية متعفنة وربما
نشاهد فيها بعض الأغذية المتخاطاها المريرة منذ يومين أو ثلاثة وينشأ
من تكرار القيء وخروج السوائل ونقص البول وهبوط المزاج (كوساؤل) وقد
يكون

يكون القيق مدبها ويحصل الامساك شيئا فشيئا بهذا الامساك المعتاد
وبالكشف على البطن يرى القسم الشراسيفي بارذا رناته متزايدة ومتسعة
خصوصا متى كان المريض على الخوف وتضيقها غالبا اصبية في القسم الخلفي منها
(فاج) ومنه راج الجذع رجا لما يتجمع له لقلقة تنفخ حتى عظمى للبيض قلد
كبائية ماء وقد يتغير شكل البطن بدرجة واضحة بحيث يتكون بروز في الجهة
اليسرى وانخفاض في الجهة اليمنى ويلبس بحس بتقويس قعر المعدة وحافتها
السفلى وتغير لمخافة العليا واذ كان جلد البطن رقيقا والبطانة الضلالية
للمعدة مضمرة يمكن مشاهدة حركات المعدة الديدانية والضمير الديدانية فيتكور
قعر المعدة ويتجه التكور من اليسار الى اليمين ثم بالمعكس من اليمين الى اليسار
ولاجل ايضاح شكل المعدة وتحديد جهتها يمكن تمديدها بحمض الكبريتيك بطريقة
فريديكس وهو ان يعطى للمريض ملعقة صغيرة من حمض الطرطريك في قليل من
الماء ويدها تغطي له ملعقة ووضف من يد كرويات الصودا في قليل من الماء
ايضا ولكن يخشى من هذه الطريقة اذا كانت للمعدة مصابة بالسرطان او بالفتحة
الوجية خشية تمزقها

ولاجل تعيين النقطة التي وصل اليها قاع المعدة يمكن استعمال مجس يلائقون
الذي يلزم انضغاطه من انغم لغاية المعدة والاحساس بطرفه بحس جدر البطن
وهذه الطريقة تحتاج ايضا الى مهارة واعتناء خيفة ثقب جدر المعدة بطرق
المجس وكما كبر حجم المعدة تضغط على الاحشاء المجاورة وغرها لا يسطر القلب
والكبد والرة والحال

ومتى كان القدر للمعدة خفيفا لا يحدث منه اضطراب واضح في الهضم ولكن
متى تزايد وزمن فانه يصحبه سوء الهضم بدرجات مختلفة مع تألم في القسم
الشراسيفي وعطش زائد لان المعدة المتكددة لا تمتص السوائل وفوق فاذ
او حمض يحتوي على كثير من غاز الاحتراق حتى انه ربما يشعل متى قرب من
اللهب ويكرر القيق وتبطل التغذية وتحصل النهوكة والخافة وتقع المريض

٤٠٦
في الاثينا والكاشيكيا وتضاعف الاعراض عند بعض المرضى بالماجنوليا
والدوخان والخفقان وقطع النبض وقد تحصل نبض صرعية أو تقطعات
مختلفة أو شلل أو اعراض غريبة باعراض التسمم البولي بينها هو تدار الى
امتصاص السموم المعنفة التي تنشأ من تحلل المواد الغذائية في المعدة وتضاعف
تعدد المعدة كثيرا بالروماتيزم المقلد للأصابع وانكماش عضلاتها القابضة
(بوشان)

(الشخصي) تشخيص تعدد المعدة لاصحوية فيه باعتبار الاعراض المخصوصة
التي وضاعها آنفا وانما يلزم تقييم التشخيص بتعيين اسبابه
(الانذار) تعدد المعدة مرض ثقيل تتعلق عاقبته بالسبب الذي أحدثه
كضيق البواب السرطاني في الأحوال الحميدة لا يؤمن الشفاء التام المستمر
(المعالجة) معالجة التمدد المعدي تشمل على وسائط موضعية وجماعية أما
الحاجة الموضعية فالعز عن بها تخليص المعدة من محتولها الغزير للتاسد
ثم تدارك فساد الأطعمة الجديدة

اما تفريغ المعدة فيحصل بواسطة الحبس المعدي أو المصع والحبس المعدي يكون
مزا طوله خمسين ركب على طرفه قمع من الزجاج فدخل الحبس حتى يصل الى
المعدة ويعب في القمع الماء القراح أو القلوي أو الكوبولي ثم يتكسر القمع فوق
الاذ يستقبل السائل الذي يخرج من المعدة بنفسه تنعا لقاعدة المصع الطبيعية
واذا وقف سيلاد السائل بسبب انسداد الحبس فوهر المريض بالسعال أو
يرج عذبة أو يضط على قسم للمعدة أو يضط بسرعة على نفس الحبس فأن
ذلك قد يكفي لتسلكه والذالم يسلك يعب فيه ماء جديد ثم يفرغ ثانية

واذا كان محتول المعدة كثيرا يلزم صب الماء بمقدار كبير فالمعدة لأجل ميوعة
ولكن تلزم الدقة وتقدير الماء الذي يخرج فياخذ بواسطة الحبس ومقارنته
بمقدار الماء الذي صهار استعماله لأجل اجتناب امتلاء المعدة ولما تستقر فيها
ويتسبب عادة من ادخال الحبس أول مرة تعب ويضطرب المريض أو يفغل
مجهودات

جبهوات يقي أو يحصل عنده اختناق وغفقاء أو دوخان وظنين في الأذنين
أو بعض انقباضات عضلية محدودة ولكن ينعوض على الجنس كما ذكرنا
وليس تصوب غسل المعدة صباحا على الريق وتكون الماء المستعمل في درجة ٣٠
ويرجع الماء القلوي المختوم على سطح كالكسباد (ملعقة قهوة في لتر ماء)
أوما فيش ويستقر الفضل حتى يخرج الماء قلوبا الفضل ويعد لها يمكن تمام النسل
محلول مضاد للمفونة كالبرزورسين (بيل) وساليسيلات الصودا (بيل) والكورون
والبنترول وحفر الفينيك وفوق مخيمات البوتاسا

وتنسل المعدة كل يوم ابتداء متى تحسنت المعدة وتناقص فساد الأطعمة تتعد
المساكن بالتدريج وأما الجنس المزروع وطوبىبة المعدة فأنها مضاعفات
يمكن احتسابها

ويجب غسل المعدة عادة استراحة المريض بحيث أنه يطلب إجراءه بلحاح وبعد
إجراء عملية النسل يلزم ترك المريض الاستراحة في الفراش ولا يصح له
بتناول الطعام إلا بعد معنى بعض ساعات والاصوب أنه يتعالي قليلا
من اللبن أو خوخ من الأكلة السهلة بمقدار قليل كل ساعتين مرة
وبعضهم يوصى بوضع مثانة من الجليد المبروش على قسم المعدة بعد غسلها
والصغير يوصى بحقن الأبريقين أو نترات الفضة أو الاستريكين تحت
الجلد أو تكهرب المعدة قبل تناول الأطعمة

وعلى كل حال يلزم الاعتناء بالتدبير الغذائي وتنفعل الحمية البنية ضد الفرم
أو الحمية الجافة ويمكن استعمال اللبن المبرد بالجليد ويحجب تناول الحلو
والنشويات على العموم ولأجل تقوية المعدة تعطى القواض المرة وصيغة الجود
الحقيق ولأجل سهولة الهضم يعطى المريض حفر المورياتيك (١٠ نقط وكيابة
ماء صينق) بعد تناول طعام مدة ساعة ويعطى له قبل الطعام بساعة مسحوق
من حفر المورياتيك (١٠) أو البرزورسين (٢٠-٣٠)

وباتباع هذه الطريقة بانتظام تتحسن صحة المريض العامة ويغفر إفراز البول

ويستعمل التبريد ورتفع قلل المعدة الى اعل
 وأما المعالجة العامة فتعتمد على التبريد والاستعداد العصبي واهما حينئذ
 الاستحمام بالماء البارد والسكنج على شواطئ البحار ويمكن الميرغ المداومة
 على غسل المعدة وحمدة ملة اقامته في تبديل الهواء
 وأما المعالجة الجراحية التي يقصد بها توسيع فتحة البواب أو استئصاله
 فسنذكرها في سرطان المعدة

(المبحث الثامن في سرطان المعدة)

سرطان المعدة مهم وليست أهميته بالنسبة لخطر فقط بل بالنظر لسكرته
 حصوله ايضا لأنه يأتي هذا الرجل غالبا قبل سرطان المستقيم وعند المرأة
 قبل سرطان الثدي والرحم

(الاسباب) سرطان المعدة يكون في العادة أصليا بخلاف سرطان الكبد
 ويصيب الرجال أكثر من النساء وبعد سن الأربعين أكثر من سن الشبابية
 والوراثة دخل كبير في الاستعداد له والحزن المستطيل مهيج له وقد يعقب
 الاسباب الجراحية كالعمليات على القسم التشريسي

(التشريح المرضي) انواع السرطان القاعى والاسكبي والضمقي والبشري
 ذو الخلايا الاسطوانية يمكن مشاهدتها في المعدة وتكون مجلسها بالأكثر
 في البواب ثم في القوس الصغير والقواد ثم في الوجه الخلفي والمقدم والقوس
 العظيم ويكتسب السرطان في المعدة هيئة الأورام والقروح او تكون مرتشحا
 في جدر المعدة في امتداد كبير أو صغير وقد تكون القروح والاندشاحات
 السرطانية عريضة غير منتظمة أو حلقية أو مستطيلة حول البواب والقواد أو
 مستطيلة بطول القوس الصغير

ويكتسب السرطان في البواب الشكل الحلقى غالبا ويكون في العادة محدد واتجاه
 الاشعاعى وصمما جهة تجويف المعدة وفيص في جدرها بالتدريج ويصيب
 عنه مريق فتحة البواب جدا بحيث لا تسمع طرف الأصبع الابسر وقد لا
 يمكن

يمكن ادخال القشاطر المعتادة فيها ويكون الغشاء المخاطي في جذائها حمرا
سميكا أو عديم الاستقام عقديا أو يكون سطحه خليا ويكون في الغالب
متقرحا بقرحة كثيرة الامتداد أو حلقية

ويشتق جذر المعدة في جذاء البواب يوجد الغشاء المخاطي سميكا جدا حتى أنه
قد يكون ثلثي الجذر ووجد والطبقة العضلية تحت ضخمة أيضا بدرجة مختلفة
والأيا فيها باهتة ومتبددة ومرشحة بالسرطان وبالنسج الخلوي الحديث
المتكون ويكتاثف النسيج الخلوي تحت الطبقة العضلية أيضا ويرتفع هو
والغشاء المصلي بالسرطان وقد يكون البريتون سليما أو محمل وفيه آفات
الالتهاب الالتصاق أو يكون متقرحا أيضا

وأما في قوس المعدة وسطحها فإن السرطان يمتد عادة في العرض على هيئة بقعة
أو شريط أو ديم بارز أو قليل التحدي وتضع حافته بالتدرج في جذر المعدة
أو يكون متقرحا ويختلف أوصاف القرحة باختلاف نوع السرطان وقد
يسبب عنها تأكل جذر المعدة أو ثقبها ولكن حصول تقرح الأوعية هنا
أقل منه في القرحة الوحيدة للمعدة ومتى كان مجلس السرطان فحة الفؤاد
فإنه يمتد غالبا إلى المرء ويصيب طرفه المجاور

ومتى أصيب البريتون يحصل التهاب التصاق ويمتد السرطان من المعدة إلى
الأعضاء المجاورة بواسطة الأوعية الدموية والنفوذية فيصيب
الكبد والثرب والبنكرياس والرئة والكلا والطحال والفص والفقرات
أو تحصل نواسير بين المعدة وأجزاء الأول من الاثنى عشر أو بينها وبين
المقولون المستعرض وقد يحصل ناسور معدى جلدي يعقب تقرح جذر البطن
في القسم الشراسيفي أو يجوار السرة وقد يكون الناسور أعور معديا أو
جلديا ويصيب السرطان المعدة دائما انتفاخ العقد اللمفاوية المسارية
وآرئها السرطاني

ثم إن السرطان يبتدئ عادة بالمنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي والطبقة

الندوية المجاورة له فتعمل فيها مضامة وتستطبل الغدد وتغور في
 المنسوج الخلوي وتتباين من بعضها وتفسد بالأرقيطاج السرطاني المذلل
 يمتد به ذلك إلى الطبقة المغصية فتعمل فيها مضامة وتثبت اليافها وتتفصل
 عن بعضها عقب كذا في المنسوج الخلوي والخلوي السرطانية وتنتهي بالأصمغ
 وأورام المعدة السرطانية إما أن تكون وحيدة أو متعددة ويختلف حجمها
 في زيادة الأسر وما اليقية أو زيادة الخلايا النخوة فيسيج الورم باختلاف
 قوامه فيكون أكبر حجما وأمرق قواما وأكثر وعائية ويكون المعبر البني
 فيه متزايدا في النوع الخاضع ويكون أكثر صلابة في النوع الاسكري ويكون
 الغشاء المخاطي فوق الورم اما متكاثفا ثخينا أو متقرجا ويختلف أوصاف
 القرحة ايضا باختلاف نوع السرطان فتكون في النوع الاسكري بطيشه السير
 وازدارها اللحمية وعوائتها قليلة وتكون في النوع البشري سطحية وأما في
 النوع الخاضع فتكون عرضية غير منتظمة وسطحها مغشى بازدار محمرة رخوة
 تدرى بسهولة وحافتها منقلبة وازدارها اللحمية نامية ومحتوية على مقدار
 زائد من المعبر البني السرطاني وقد تنفصل الازدار اللحمية وتسقط
 وتكشف الطبقة المغصية تحتها منتفخة أو يحصل انشقاب جدد المعدة
 كلها وتنشأ كل الأوعية في طريقها وتمقب ذلك عوارض النهائية وأخرقة
 خفرة

وقد يشاهد النوع الخسل السرطان في المعدة فيرى سطحها مغشى بنخل وردي وكل
 خلية متكونة من وعاء مركزي محاط بالخلايا السرطانية وهذا النخل يدرى
 ويجدد بسهولة ولكن هذا النوع أكثر حصولا في المشاة وأما النوع
 الصمغي فإنه لا يترجح الا نادرا وانما يترشح في جدد المعدة ويصل إلى
 البريتون ويمتد على سطح كبير أو يكسب سماكة زائدة بدون أن تتكون
 منه أورام

ثم إن وجود السرطان في المعدة يتسبب عنه افات تأبعية مختلفة فإذا كان
 مجلسه

مجلسه البواب فإنه يشتبه عن ضيقه تمدد المعدة الذي يختلف باختلاف درجة الضيق
وسهولة مرور المواد من فتحة أو صموبتها
وأما إذا كان مجلس السرطان في فتحة الفؤاد فإنه يشتبه عنه ظهور المعدة
وتمدد المري أعلى النقطة المصابة وإذا كان مجلس السرطان القوس الصغير
بين فتحة الفؤاد والبواب فإنه بالكفاية يوجب تقارب الفتحين من بعضهما
وإذا امتد من القوس الصغير إلى سطح المعدة المتقدم والحلق فإنه يوجب تقلبها
من بعضها إلى درجة التلامس تقريباً فلا يكاد يشاهد التجويف المعدى بينهما
(الأعراض) قد يسبق ظهور السرطان بمسافة بعض أشهر أو سنين مع كون
الشخص متمسكاً بظواهر الصحة التامة حصول أثره خفيفة معدية
شبهها (توسم) بالانزفة الرئوية السابقة للذرة الرئوية ويمكن نسبتها
لاحتقان وهشاشة الاوعية الدقيقة

وأما الأعراض الابتدائية لسرطان فلا نظام لها وتشبه أعراض سوء الهضم
السيط غالباً فتضعف الشهية ويحس بتعب خفيف في القسم الثراسي بعد
الأكل ويبقى الأكل تجش حمضياً ثم يزداد التآلم وتفقدا الشهية وينحل اللبني
وتضعف قواه ويهت لونه فإذا استوهدت هذه الأعراض عند شخص زلزلته
عن الأربعين وكان عنده استعداد وراثي ربما يشتبه في نوع المرض وقد
تستمر هذه الحالة عدة أسابيع أو أشهر مع تزايد الألم واكتسابه مدة ليس
لها علاقة بتناول الطعام ولا تنصل إلى حدة ألم القرعة العجينة ولا تكون
ثابتة بقرب السطح الخفي ولا في القرعة الأولى القطنية بل يكون الألم في
الغالب أصحياً أو غسياً محدوداً على قسم المعدة أو متشعباً نحو الظهر
والرفقين ثم يتضاعف بالقيء

وأما القيء فإنه لا يحصل عادة إلا إذا تقدم المرض أو لا يشاهد بالكيفية
وقد يظهر القيء مبكراً ويستمر مع تقدم السرطان ويكون ابتداءً من
مواد مخاطية مختلطة باغذية غير تامة الهضم أو يكون مائياً ولا يكون

صفراويا الاحوال استثنائية ويحصل مباحا أو في أثناء النهار وبعد
القيء تعاطي الأطعمة بسرعة إذا كان مجلس السرطان في الفؤاد أو قريبا منه
ويتأخر عن الطعام ببعض ساعات إذا كان مجلس السرطان في البواب ومثي قلع
المرض يصير القيء مدميا ولكن حصول التزيف المعدي القزير نادر في السرطان
بالنسبة لكثرة في القرحة الوحيدة للمعدة وفي الغالب يكون الدم مسوبا كثرة
القوة أو النبل الحلق في الماء بسبب تأثير المعير المعدي عليه وقد يكون
مقدار واهيا فلا يعلم وجوده في مواد القيء إلا بالبحث اللدقيق عنها وبعض
الدم يتخذ في الأمعاء ويخرج مع المواد الثقيلة على هيئة ميلينا وقد تشاهد
الميلينا وحدها عند بعض المرضى بدون قيء مدمي وينشأ التزيف المعدي من
اصابة الأوعية بالقرحة السرطانية ولذلك يتأخر ظهوره في السرطان ولا تصاب
الأوعية الغليظة إلا نادرا

ويصيب السرطان المعدة عادة امساك مستمر ويزداد سوء الهضم وقد دل المعدة
كلما زاد خفق فتحة البواب عالم يكون ناسور بين المعدة والاثني عشر فيوجب
تصرف المواد الغذائية بسهولة بعد هضمها واما اذا تكونت الناسور بين
المعدة والقولون المستعرض فيعقبه نزول المواد الغذائية في الأمعاء الغلاظ
وحصول اسهال ليا يتبرى ونفوذ الغازات وبعض المواد العازية في المعدة
فيزيد اضطراب الهضم ويكتسب النفس رائحة الغائط ويمكن الاستدلال
على وجود هذه المضاعفة باعطاء المريض غذية ملونة بالصبغ أو الورد
مثلا وينتظر خروجها بالتغوط بعد مضي بعض ساعات منهزمة بدرجة غير
تامة وواضحة اللون

وقد يكون السرطان كما نلاحظ لا يشاهد سوء الهضم ولا القيء عند المريض
ويحصل ذلك خصوصاً إذا كان مجلس السرطان في فتحة الفؤاد أو في الطرف
السفلي من المري وفي النادر متى كان السرطان في القولون العظيم (واستون)
وقد لا يشاهد اضطراب خفيف في الهضم وعلى كلا الاحوال تحصل الأعراض

الحامة كالخول والضعف وبهاته الملوك ويستدل عنها على وجود آلة خبيثة
 قد يكون الوقوف عليها بدوام الاعتناء في البحث عن المريض
 وأما العلامات الطبيعية لسرطان المعدة أعا العلامات التي يستشعرها الطبيب
 بالفتور والجس والقرع فلان البحث عنها دائماً حصلت الشبهة في المرض
 فليق المريض على ظهره بالراحة بحيث يكون كثفاء مخفضين قليلا وتثنى
 ركبته ويؤمها التنفس بعمه ببطئ ويتأمل الطبيب حينئذ في قسم المعدة
 ربما يجد فيه بروزاً أو غدياً خفيفاً ثم يفعل الجس باليد وقد يحس بالورم
 بسرعة وفي الغالب تلم زيادة التآ في خصوص ما من اقصى الفتحة المستقيمة
 للبطن وقوتها فانه لا يحس بشئ عمتها فلان تحويل فكل المريض بالكلام معه
 كي تسترخى عضلاته وتوضع راحة اليد على البطن بلفظ بشرط أن لا تكون
 اليد باردة وتبقى اليد ساكنة بوجه فوق جدر البطن تابعة لحركات الارتقاع
 والاختفاض التنفسية ثم يبتدئ بضغط خفيف يزاد قليلاً حتى يتم الجس
 حسب القزوم وانما يحترس الطبيب في ملازمة جدر البطن باليد مدة الجس
 كلها ولا يضغط عليها بالأنامل فجاء لاجل عدم تنبها وحيث أن المعدة
 المصابة بالسرطان تتألم عادة بالضغط عليها فيجب تخفيف الضغط مدة الجس
 بقدر الامكان

وينشأ من سرطان المعدة حصول ورم في القسم الشراسيفي يختلف حجمه
 ووضعه باختلاف مجلسه ويكون في المادة متحركاً ويسهل الوصول اليه
 متى كان مجلسه القوس العلوي أو قعر المعدة أو فتحة البواب بخلاف
 أورام القوس السفلي والفتاد فانها تكون في الغالب ثابتة ومختفية
 اما سرطان البواب فيمكن تحديده أورامه عادة من كل الجهات ما عدا الجهة اليسار
 التي تضيق بالتدرج في المعدة ويختلف حجمها من قدر الجوزة الى البرقالة
 ويحس به أعلى السرة وعلى يمينها بقليل لأن البواب ينزل عن وضعه الطبيعي
 خلف الفص اليساري للكبد بسبب ثقل الورم السرطاني عليه وضغطه الى

أسفل وبسبب ضغط المنطقة عليه عند النساء (بريتون) ولكن مثل النقيض
 الورم السرطاني بالأعضاء المجاورة فإن البواب يثبت في محله بعدها وقد
 يعمل البواب أسفل السرة أو في الحفرة الخرقية اليمنى أو في الحوض
 ويثبت هناك بالتصاقه مع الأمعاء أو الرحم والمثانة (فوكس)
 والورم السرطاني للمعدة على الكبد وسرطان القوس العظم على الخصوص قد
 يتغير وضعها على حسب احتلاء المعدة وفراغها ويظهر أنه يخفق مدة الشهور
 القوي ولكن قد يتبها حصول الانقباض هنا عقب انجذاب جدر البطن الى
 اعلا مع الأخلاص
 وقد يحدث الورم السرطاني شيئا فشيئا بعد الاحساس به وينسب ذلك
 اما لتعدد للمعدة امامه أو لتغطيته بالقولون المستعرج وقد يتأخر الورم السرطاني
 من بطنها في الأورطى تحت بحيث انه ربما يلبس بالفوريزما الأورطى
 وبالقرع على الورم السرطاني توجد أصمية واضحة اذا كان حجمه كبيرا
 وأما اذا كان صغيرا فإن أصمته تنقل بالترائية المجاورة
 وأما الاعراض العامة للسرطان للمعدة فإنها تنقف بعقد الشبه وكراهة
 الاطعمة لاسما اللحم وفقد القوى وتقدم الغثول وحصول الأسهال
 بعد الامساك الابتدائي وبهانة الجهد واكتساب لون التبن وبجفافه وتلينته
 وحفظ القوى العقلية وظهور الكا شيكسا السرطانية وارتشاحاتها
 الاوردياورية في البطن والاطراف والبول الزلال والاورديا البيضاء الموقمة
 الوريدية الأصيل ونحو ذلك ولان تشاهد الحمى مع هذه الاعراض الا نادرا
 وفي كثير من الأحوال يحتوي البول على الانديكاند اعمادة نيلية يعرف
 وجودها بالتلون باللون الأزرق المحمر أو الأزرق الناقص تحت وضع في
 كوية مقادير متساوية من الجلود وحضر الكولور اندريك واخيف الى ذلك
 من نقطه الى ثلاثة من محلول كلورور اكلالسيوم المركز
 ويتفاحف سرطان للمعدة غالبا باصباة الكبد فتضم اعراض سرطان الى
 الاعراض

الاعراض السابقة أو ينفذ سرطان المعدة على الوريد الباب أو يمتد إلى
البريتون وهذا ما يساعد على حصول الاستسقاء الزى وزيادة سائله للصل
المدة والانتهاه تختلف مدة سرطان المعدة فإذا أصيب البواب والغواد
فككون في العادة من بغير أشهر إلى ستة ونصف وأما إذا كان البواب والغواد
سليمين بحيث يمكن مرور الأطعمة فإن مدة السرطان ربما استطالت إلى بعض
سنان وتقصّر المدة إذا كان من المريض تحت الثلاثين

وعمل الموت إما من تقدم الكاغيكسيا والفقد الدموي أو من امتداد السرطان
في الأعضاء الأخرى كالكلد والبريتون والبنكرياس وأما ثقب المعدة والانتهاه
البريتوني الحاد والقرين الغزير فأنها عوارض أقل حصولا في سرطان المعدة
منها في قرحتها الوحيدة

(التشخيص) تشخيص سرطان المعدة صعب في كثير من الأحوال وقد لا
يتوصل الطبيب إلا إلى الحكم بالثبته فيه فقط وقد تكون أعراضه كأنه
أو مضجرة في أمراض سوء الهضم البسيط بدون قيم ولا تزييف معدى
ولا ورم وعما قليل تظهر أعراض الكاغيكسيا فإذا كان من المريض قد جاوز
الاربعين أو الخمسين يمكن الحكم بالثبته أنه مصاب بالسرطان

وغلقون المزب أو الغلقون حول السرة إذا اشتبه بسرطان المعدة
فإن تكون الحراج ووجود الحمى وعدم ظهور أعراض الكاغيكسيا يرفع
الالتباس

ويتغير سرطان المعدة العاصلة إليه بنضات الأورطي من الأنوريز ما
الشرائية بعدم غلده وفقد النغخ فيه وبالعلاجات الأخرى التي سبق
شرحها في أنوريزما الأورطي البطيئة

وقد يكون سرطان المعدة كامنا ولكنه يمتد إلى الكبد بسرعة وتظهر
أعراضه فيه بشدة بحيث تغطي على أعراض سرطان المعدة الأصلي ويؤت
المريض قبل تحقيق التشخيص

وقد يكون سوء الهضم مصحوبا بإعراض الكاشيكيا السرطانية لكن مجلس
السرطان في الترتب أرباب الفكر يأس أو في العقد المسلية إلا أن القيق
المدم وتعد المدة بختها بسرطانها دون الآفات المذكورة
والأوزيما البيضاء الخوفة وإن كانت كثيرة الحصول في سرطان المعدة
إلا أنها ليست خاصة به لأنها تشاهد في الكاشيكيا السرطانية على
العموم لكنها متى حصلت عند شخص مشتب في إصابته المعدة فإنها تساعد
على تعيين التشخيص وكذلك نقص البول في البول (رومليز) وزيادة
خواص البول السمية تنسب لسرطان على العموم وتعين تشخيص مجلسه في
المعدة إذا كانت الأعراض تملن بالشبهة في إصابته ومع ذلك فعلاوات
البول المذكورة ليست مثبتة

وتتيز سوء الهضم البسيط عن سرطان المعدة وإن كان سهلا في بعض الأحوال
باعتبار القيق والورم والكاشيكيا إلا أنه قد يستند أحيانا متى كانت
سوء الهضم متقدما وأوجب شهوة الشخص المفرطة

وفي أحوال أخرى تدل الأعراض على إصابة المعدة مآفة خبيثة وأما تحوير
في التشخيص بين السرطان والقرحة الوحيدة وتتميز الآفات عن بعضها
أو لا بين المريض فإن كان شابا فالقرحة وإن كان شيخا فالسرطان أقرب
للعقل ثم إن الآلام لها أوصاف مخصوصة في القرحة وكذا التزيف الغزير
المبادر ربما ينسب إلى القرحة وأما تزيف السرطان فيحصل متأخرا ويكون
في العادة خفيفا مسودا كالنيلج ومدة الزمن في القرحة أطول عادة بحيث
إذا كان الداء قد دام من مدة أشهر أو سنتين ولم تعجه الكاشيكيا
السرطانية يمكن الحكم بالقرحة عادة وحتى ظهر الورم السرطاني وأوصافه
السابقة الذكر يتعين التشخيص زيادة ولكن قد تشاهد في القرحة للمعدة
سماكة الحواف والاندماج بحيث تلبس بالسرطان خصبها إذا كان مجلسها
البواب وإذا التحت تعقبها ندبة توجب ضيق فتحه البواب وتعقب ذلك

امراض توجب الشبهة في التشخيص

وعلى كلا الاحوال فان اعراض السرطان المحدث كلها اذا سردناها على انفرادها كالآلام والقيء البسيط والقيء المدمم والتقيؤ المحدث والاورام وسوء الهضم والاعراض العامة ربما لا يتحقق التشخيص الا في احوال مخصوصة وباجتماعها يسهل التشخيص غالباً

وقد زعم بعض المؤلفين (فان دين وبلدين) ان سرطان المعدة يتميز بفقد افراز حمض الكلورايدريك ومن المعلوم ان الحوامض المعضوية تشاهد في مبدأ الهضم (ظليك ونيك) في المصير المحدث وحدها وبعد نصف ساعة تقريباً يبتدئ ظهور حمض الكلورايدريك مع الحوامض المعضوية ثم تنقص الحوامض المعضوية ويبقى حمض الكلورايدريك وحده (ايوالد) فيقال ان افراز حمض الكلورايدريك يتبع اذا كانت المعدة مصابة بالسرطان ويعلم ذلك باعطاء المريض تديراً غذائياً مخصوصاً وبعد مضي ٤ الى ٥ ساعات اى متى وصل الهضم الى الدرجة الثالثة المراضة لا تمتص الحوامض المعضوية من المصير المحدث يستخرج الكيموس بواسطة ممص او بواسطة اسفنجية ثابتة في مجس مرعى او بواسطة انبوبة فوسية وبعد ترشيحه ويبحث فيه عن حمض الكلورايدريك بجواهر الكشف وهي الميتيل البنفسجي ولحم القونسي والاخضر المانع وانما لا يحتاج الحال الى التطويل في هذه المسئلة لان المشاهدات اثبتت عدم صحتها وشوهد وجود حمض اللورياتيك في مصير المعدة للمصابة بالسرطان وشوهد فقده في بعض التولات المحدثية البسيطة ولا يمكن الارتكان على نتيجة الجواهر الكشفية المذكورة في اثبات وجود حمض اللورياتيك او عدمه (فاج)

ولا يكفي تشخيص سرطان المعدة وحده بل يلزم تعيين مجلسه بقدر الامكان اما سرطان الفؤاد والقوس الصغير فانه يصير الوصول اليه بالجس فوسرطان الفؤاد يبتد عادة الى طرف المرء وينسب عنه ضمور المعدة

وتمدد المري بسبب وقوف الأغذية في المري فحذاء فتحة الفؤاد الضيقة
وعدم وصولها إلى المعدة وبالمجس للمري في الزد الزيتوني يمكن تحديده
موضع الفئق ودرجته وفي هذه الحالة يجعل القيء بعد الأكل بقليل
وأما سرطان البواب فإنه يوجب تمدد المعدة بسبب تراكم الأغذية فيها وعدم
امكان المرور من فتحة البواب الضيقة وتنتهي الأغذية بالخروج بالقيء
بعد الأكل ببعض ساعات ويمكن الأحساس بالورم السرطاني وتخلط بسهولة
بالمجس عادة وتظهر الأعراض هنا بسرعة بسبب اضطراب التغذية الذي
يحدث على تقدم الكاشيكيما السرطانية

وأما سرطان القوسين المعديين وسطح المعدة الذي لم يعمل على فتحها فإنه
يتميز بسبب الاقل سرعة وحصول الاضطراب الهضمي والكاشيكيما
يظهر بسبب استمرار التغذية نوعا وبقيز الورم السرطاني القوس العظيم
يسهولة الوصول إليه عادة بالمجس وزيادة تنقله تبعاً لفراغ المعدة أو امتلائها
(الأنذار) انذار سرطان المعدة خبيث دائماً ويتهى بالموت وأما يختلف الخطر
باختلاف سن المريض ومجلس السرطان طبقاً لما ذكرناه

(المعالجة) المعالجة في سرطان المعدة لا تكون الاعضية ضرورية والغرض منها
مساعدة التغذية ومداركة سوء الهضم بالاعتناء بالتدبير الغذائي واختيار
الأغذية السهلة الهضم أو الاقترار على الحمية البنية أو تعاطي مسحوق اللحم
أو الشوكولاتا أو الكوكا في اللبن ويستعان على الهضم بالقلويات وبقية
الادوية التي سبق ذكرها في معالجة سوء الهضم

ويعطى للمورفين والكودايين والكورايين في قليل من ماء الجير ضد الآلام
(ماء جير ١٠ ج كلوريدرات المورفين ٥ د أو الكورايين ١٠ د والكوكايين
٣ د) قبل الأكل أو تفعل الحقن المورفينية

وفيد القيء تعطى قطع الثلج وتؤخذ الطعام السائل شطاً في هيئة خلوندرمه
بمقدار قليل والمرة أو تنجح الحمية البنية وإذا اصطحب القيء بتمدد المعدة يفضل
الفصيل

الغسيل المدة بالحصى وتتمثل المحلولات القلوية (٢) من كربونات الصوديوم في
لتر ماء) أو المضادة للحموضة كحمض الفينيك (أجد في الميثان) والكلورال (هـ)
في الميثان

وإذا كانت الشهية مفقودة يمكن تغذية المريض بالمجس الرطب وإذا كانت قسحاً
المعدة أو أحدهما ضيقة جداً فعمل الحقن المسقية المغذية (كوبية لبن يغاف
اليها صفار بيضة أو اثنين وملعقتا بيستود سائل أو يعمود اللبن بالرق)
وفي الزمن الأخير، لتمام الحال إلى فصل المعالجة الجراحية لأجل توسيع فتحة
البواب الضيقة أو استئصال ورمه أو توصيل المعدة بالأنثى عن طريق (سليوت
ميلور) كما هو ستا بيان سان الخ) وأن كانت هذه العمليات خطيرة جداً إلا أنه قد
شوهدت من بعضها فائدة في استعالة حياة المريض

(الفصل الثالث في أمراض الأمعاء)

أمراض الأمعاء تنقل على التهابات والتقرح والتريف والدوسنطريا والانسداد
والسرطان والدرن والزهرى والديدان والآلام العصبية أي الغص
وكثرة الغص والاسماك والأسهال تعد من الأمراض العامة يلزم الابتداء
ببشرهما فنقول (أولاً في الغص)

الغص ^١ يعبر عنه بالآلام الأمعاء وتشنجها وهو يتعلق
أما بأسباب موضعية وهو غالب أو يكون ذاتياً عصبياً متعلقاً بالمراكز
العصبية أو بالأفعال المنعكسة

(الأسباب منها تجمع المواد الثقيلة وتجمدها داخل الأمعاء وقد يشاهد
ذلك عند الأطفال حديثي الوضع متخاضين العقو عندهم وقد يحصل للغص
أيضاً عقب التقيح المتخاضكي الذي يحدث من وجود أجسام غريبة في
كالديدان والفرسكة الغضبية والقنم المعوية عقب استعمال الماء المجلد
مثلاً عند بعض الأشخاص أو أكل بعض الأسماك أو القواقع والخضروات
خصوصاً إذا كان المصنع غير تام ووصلت الأطعمة إلى الأمعاء على هيئة

أجزاء صغيرة وإذا أصيب الموضع هنا بانتفاخ الأضمار بالفاتات يقال له الموضع
الهوائي ويمكن مشاهدته أيضا عند الأطفال عقب تماطع الألبان والأوراق
التي تتحمر في أفتنة الهضمية
وينشأ الموضع الشمسي من تماطع بعض السموم كالزصاص والخاص أو بعض المسهلات
كالسنا مكي

والموضع العصبي يمكن مشاهدته في الاسترخاء والمالبضوليا والضعف العصبي العام
وفي التابس ويشاهد الموضع بفعل منعكس في أمراض الرجم واللبين والأكبد
والكلأ وقد يتعلق الموضع بالروماتيزم أو القرح أو يعقبه تأثير البرد
على الجسم

(الأعراض) يتصف الموضع بالآلام في البطن يحسبها المريض بجوار السرة
أو تشع أعلا السرة وفي الحاضرين الما الظاهر وفي أسفلها إلى غانة الضف
أو الجزء العلوي من الفخذين ويأتي الموضع على نوب في العادة فيبتدئ خفيفا ثم
يشد شيئا فشيئا حتى يصل إلى درجة قوية ثم يزول بالتدريج كما ظهر
وتختلف حدته وقد تشبه الآلام بالتمزق أو التمزق كأن الامعاء متقطعة
فيكون أو منتفكة بالهرس أو مضغوطة عليها بقوة زائدة بحيث يلقى
الشخص من شدة تألمه أو يتفرخ في الأرض أو يرقد على بطنه مرتككا على يديه
أو يضغط عليها بكل ثقله فوق الوسادات أو ظهر الكرسي أو يقعد القفص
من مالا الاستراحة بذلك من الآلام ويتأوه على الدوام ويهت ويجهد ويرى
على سطحه هيئة الغص لا الهبوط ويتغطى الجلد بعرق بارد ويبطئ النبض
عادة ويصير عمليا ويستقر الموضع مدة بعض دقائق أو ثوان وتخف
النوبة ولكنها في الغالب تعود بسرعة بعد فترة قصيرة أو مستطيلة وقد
تتأجب بعض ساعات

وفي مدة الموضع إما أن تنقبض الجلد البطنية وتنقر وتغير صلابة بحيث
تستش اليد بالاضرابات المنقبضة على هيئة عقد متبسة وأما أن تمتنع
بالفادات

بالمغازات وحينئذ يمكن مشاهدة حركات الأمعاء اليدانية وتفحصها قراق
 يسمعها المريض ومن موهبه وهذا هو المعبر عنه بالمغص الهوائي
 والمضط على البطن يلطف المص في أغلب الأحوال ولكنه قد يكون مؤلما
 لاسيما إذا كان المص هو شيئا بحيث ربما ألبت هذه الحالة بالالتهاب
 البريتوني

ويصحب المص غالبا اعراض عصبية كالفواق والغثيان أو القيء وحس
 التنفس والحفقان والأغما والزحير وبخودك أو تتجذب الحفصية نحو البطن
 وتتقلص المضطلة العاصرة فتخرج أو يعطل انفاظ واستثناء أو احتلاج
 في سمانه الساقين أو تشنج عام

وقد يصحب المص أسهالا فيستريح المريض بعد التقوط أو يعصبه
 امسائه فيقتضي الحاله اعطائه مسهلا لأجل استراحته لاسيما إذا كان
 المص متعلقا بالامساك أو التخمخ المعوية أو التسمم بالخصاير وقد
 يغير في المص بعد القيء أو التجشؤ أو خروج المغازات من المستقيم
 (التشخيص) تشخيص المص في العادة سهل ويميز الى زمان ثم الغضلي
 مجرد البطن ينتقله ودوامه وبعدم النوب وبألم المضطلات بألقابها
 وتكون الآلام سطحية وتنفذ الآلام العصبية للفروج القطنية بنقطها
 الموقلة ولا يلتبس المص البسيط بالانسداد المعوي أو المص المعدى
 والكبدى والكلى فان الألم في هذه الأمراض مجلسه محصور وتعبه
 اعراض اخرى خاصة

(الانذار) ينتهي المص البسيط عادة بالشفاء في مسافة بعض ساعات الميعاد
 أو يومين بالأكثر ويختلف انذار المص التابع باختلاف أسبابه
 المرضية

(المعالجة) لطيف آلام المص لا يكفي بل تلزم معالجة أسبابه واجتنابها
 ما أمكن فيما يخص الامساك والتخمخ المعدية والمص الهوائي بشدة من

٤٤٤
زيت الخروع وإذا كان الاستفراخ الفاردا في ياتفضل حقنة من زيت الزيتون
والخلتين وذلك البطن بمرور أو قسح عليها رافادات ساخنة أو زجاجة
ساخنة بجوار البطن أو يوضع المريض في حمام ساخن أو قسح لفة من يدو
الكمان على البطن أو يطر له مغلي الشاي المضاف عليه مخيمات الغازات
كالمنعاج والينسون ونحوها

ولأجل تسكين الألم تفعل حقنة الحورفان تحت الجلد ويطر من الباطن ايدرات
الكلورال قدر ٤ ج في مستقلب السحب أو شراب التوت الأفرنجي أو خلاصة
الافيون جوبها كحبة تحتوي على قدر ٠.٣ أو كحبة جدد البطن بأن
يوضع اسد القطين في المستقيم والثاني على جدد البطن
(ثانيا في الأمساك)

(الأسباب) ينشأ الأمساك إما من ضعف حركات الأمعاء الديدانية أو من
فيس المواد الثقيلة وجفا فيها بسبب نقص الإفراز المعوي فلا
تترلق فيها المواد بسهولة ولذلك تعتبر الأمساك في الحالتين عصبية وربما
تكتب بالوراثة كبقية الاستعدادات العصبية ويشاهد الأمساك
طبعيا عند بعض الأشخاص فلا يبرزون الاكل ٤ أو ٣ أو ١ أيام
مرة بدون ان يحصل لهم تعب من ذلك ولا اضطراب في الفهم ولا
في الصحة العامة ولا يصدق المعالجة حينئذ

وقد يكون الأمساك ناشئا من الكسل والتهاون والخروج للتغوط أو الخروج
بغير انتظام في اوقات مختلفة كما يشاهد ذلك بالأسكز عند الأطفال
والشبان

والأمساك المرضي كثير الحصول في سوء الفهم والمضج الجاف والحميات
والأمراض الحمية واليرقان ونحو ذلك

وما يسا على حصول الأمساك أكل اللحوم وحرها والمعيشة الجلوسية
وسداد الأمعاء أو ضيقها بسبب خنكها أيضا يوجب الأمساك وقد

يحصل

يجعل الأمساك عند النساء بسبب ضعف البيض أو الرحم المتحول أو المنقلب
أو الحامل على العنق المعوية أو المستقيم
(الأعراض) إذا كان الأمساك خفيفا نقبل المواد الثقيلة إلى المستقيم في
حالة تيبس ولا يتبرزها الشخص إلا بصعوبة ومجهود كبير وإذا وصلت
هذه المواد بمقدار قليل في كل مرة والتزم الحال إلى التبرز مرارا في اليوم
ربما اشتبه الأمر على المريض بأن معه اسهالا فيلزم الاعتناء في الغرض
لأجل عدم التماس الحقيقة فلا تحصل عليه مضادة المقصود
ووجود المواد المتبسة في المستقيم بمقدار كبير يوجب احساس بثقل
وازدحام وربما تضاعف بالخص وإذا تكرر حصول ذلك يفقد المستقيم
احساسه الفسيولوجي وربما عقب ذلك تراكم المواد بمقدار زائد وينشأ
منها تهيج في المشاء المخاطي فيحصل إفراز مخاطي أو مخاطي قيحي ربما
يسيل بين المواد الثقيلة ويهدد المستقيم ويتبرزه الشخص على دفعات
ويتعبها له أنه سهول وهذا ما يستلزم الاعتناء في الغرض لأجل
تحقيق التشخيص

ودوام الأمساك يؤثر على الصحة العامة والمقولية معا ويحبه
عادة وساحة اللسان وتنت النفس وحكة طعم الفم وضعف
الشهية ويطوق الهضم ويحس الشخص بهبوط في القوى وكسل في
المعقولية وميل إلى المايجوليا والاعطاط العام
(المعالجة) يكثّر المضاعف بالأمساك من تعاطي المسهلات ولبتني في الغالب
لأدوية الدجالين والأدوية السرية المجهولة التركيب ويضطر
إلى زيادة المقادير كلما ازمن الأمساك معه ولكنه كلما افترق في
المسهلات كلما تنظم احساس الأمعاء وضعف صفواتها وهذا هو
السبب في زيادة نعبه لتكون المعالجة اللازمة له بضد ذلك

وعلى كل حال يلزم انتظام التدبير الغذائي في أول الأمر ويوصى المريض
بالرياضة واستعمال الغواكه والخضراوات لاسيما التفاح والقرصيا
المصنوعة خشافا واللين وبأكل الصل والفوكولاتا والمن بدلة
وبفضل الخبز الاسمر على الأبيض ويقبل من أكل الحبوب ويمكنه شرب
كوبه ماء بارد على الريق وعند البعض شرب سيجان على الريق ينه
أحر حركات الديدانية للأعصاب ويحرض التخطوط ويتمود على الخروج
لبيت الخلاء في وقت معين في كل يوم

وتتنوع معالجة الأمساك بتنوع السبب فإذا كانت المواد الثقيلة
منفقدة وجافة يعطى للمريض مسهل من زيت الخروع أو خلافه لأجل
تخليص الأمعاء وتسليلها أو تفعل له حقنة مسهلة ولا يلزم تكرار
المسهلات بعدها إلا في النادر جدا إذا اقتضت الضرورة ولاجل
تجنب إعطاء المسهلات يمكن استعمال المليينات الخفيفة وحدها أو مع
الأدوية المرة والحديدية ومراعاة التدبير الغذائي حتى تستقيم الطبيعة
أما الأمساك عند الأطفال حديثي السن فإنه يتعلق بنمائه بسوء الهضم
أو الإفراط في الأغذية المشوية وتسهل معالجته بإعطاء الطفل اللاكتوز
أو المالتوز أو الميت أو شراب الشكوريا أو تكليس جدر البطن أو
وضع قطعة صغيرة من الصابون في المستقيم أو فعل حقنة صغيرة ولا
يستعمل شراب الراوند وزيت الخروع إلا في أحوال مخصوصة وإذا كان
الطفل يافعا وحصل الأمساك من إهماله وتكاسله يعطى له زيت الخروع
أو مسهل خفيف آخر ويوصى بعدم التكاسل وإذا كان الأمساك
عنده قديما يعطى له مسحوق الراوند مع المانيزيا أو كربونات الصودا
مع اليشون أو النعناع أو تعطى له الكاسكاما ما جرادا ولا تستعمل
مسهلات الحمية أو السنامكي أو المسهلات القوية إلا في أحوال
مخصوصة

وإذا كان

وإذا كان الأسماء متعلقات بالإنيميا وتأخير الطمث عند النساء تستعمل المركبات
الحديدية مع الملائنات كحبوب بلود وجوب روفي وإذا كان معتاداً
متعلقاً بالأهال والحياة الجلوسية تعطى الحبوب الملائنة الآتية كل حبة
تترك من ٣ إلى ٤ فترات من سلفات الحديد وحقنة من خلاصة الصبر
أو الخنظل أو الراوند المركب فيأخذ الشخص منها ابتداء ثلاث جرات
في اليوم بعد كل طعام واحدة مدة يومين أو ثلاثة وإذا حصل سهولة
في التبرز يتبقى باثنين في اليوم ثم يأخذ واحدة فقط حتى يستغنى الحال
عنها فيما بعد وفي مدة تعالج الحبوب تراعى شروط التدبير الغذائى
والرياضة كما أوصينا ويمكن استبدال الحبوب المذكورة بحبوب كوكل
أو فريك أو مسحوق رويشيل أو مسحوق معدني ملين مركب من الراوند
والمائيزيا وكرهونات الصوبيا أو الكاسكارا سا جراداً وإذا اضطررنا إلى الأسماء
باعتادة في أفراد الصغرى يمكن استعمال البودوفيلين أو الزينق للخلو مع
الملائنات الأخرى ذلك

وإذا كان الأسماء متعلقة بضعف حركات الأمعاء الديدانية كما يشاهد
ذلك في الضعف العصبي العام والآنيميا والكاشيكسيات وعند الأشخاص
الطاعنين في السن يمكن استعمال البلادرنا بمقدار من ١ إلى ٢
سنتغرام عند النوم ويعطى له قبل الطعام مقدار من الجوز المقيق أو
الصبر أو الراوند وتغياف إليه المركبات الحديدية عند الاقتضاء وإذا
أوجب الأمر إعطاء مسهل تعطى المسهلات اللينة كالليمونادة الفوار
على الرقيق أو المياه المسهلة المرق

وقد يسترجع البعض باستعمال المسهل كل أسبوع أو أسبوعين أو شهر
مرة كل خمسة عشر يوماً أو ملح كارلسباد أو رويشيل أو سبيلدليس أو ماء
هويناى أو راكوكسى ونفع هذه الملائنات في الأسماء المتعلق
بالقرص أكبر وربما يستغنى الحال عنها مع استمرار التدبير الغذائى

(ثالثا في الأسهال)

المراد بالأسهال حصول التجرد مرارا في اليوم وخروج المواد الثقيلة في حالة رخوة أو سائلة أو محتوية على مواد غريبة كالقيح والدم والاسهال اما حاد أو مزمن وهو يتعلق إما بزيادة حركات الأمعاء الدلالية أو بزيادة الإفرازات المعدية أو بهما معا

فاما الأسهال الحاد فاسبابه واضحة عادة وهو اما ان يتعلق باضطراب عصب كما يشاهد ذلك عند بعض التلامذة القادمين على الامتحانات أو بمعنى الأشخاص المستهينين لالتقاء خطبة على ملاء عظيم مع عدم سبق ذلك لهم وقد يشاهد الاسهال العصبى في الناس والاسيور يا واما ان يتعلق بالأسهال بتأثير البرد على الجلد خصوصا متى كان الجسم مغنى ببرد ولذلك يعبر عنه بالأسهال الارتدائى واما ان يعقب الأسهال تهييج الأمعاء بسبب ازدياد بعض الأغذية الصعبة الهضم أو الحمضية أو الأفاط في أكل الأغذية والمواد النتوية كما يشاهد ذلك عند الأطفال أو يعقب قحطى الأدوية المسهلة أو شرب المياه الغير النقية كالمياه المخللة بأوساخ المراحيض وفي هذه الحالة الأخيرة اذا شرب ذلك الماء خلق كثير ربما انتشر الاسهال بحالة وبائية لاسيما بين الاطفال وفي الفصول الحارة

ويشاهد الاسهال التابى في سائر بعض الامراض الحفنة كالحمى التيفودية وحمى التيفاس ويعقب الاسهال في المادة الالتهاب المعوى والنزلات المعوية ولكنه ربما لا يختلف عنه في الحثة أثر في القناة المعوية أو يكون الغشاء المخاطى جرحا أو في حالة لين أو بطننا بطبقة مخاطية وأما الاسهال المزمن فإنه قد يستمر بعض أشهر أو سنين ولا يختلف عنه آفات معوية واضحة كما يشاهد ذلك بالأكثر عند الأطفال

ويحدث من احاطة دورة العرديد الباب عقب آفة في صمامات القلب أو في الكبد كالسيروز مثلاً فيحصل احتقان في القشرة المخاطية وأغراض في الإفرازات المعوية بدون التهاب وانما يتعلق الأسهال غالباً بالالتهاب المعوي وتقرح الأمعاء أو تدربها أو سرطانها أو آفات الأوعية ويختلف قوام المواد الثقيلة ولونها كثيراً في الأسهال المزمن فاما ان تكون رخوة أو سائلة أو مصفرة أو مسحرة أو تكون مخضرة لاسيما عند الاطفال وينسب اللون المخضر لوجود الصغرا أو بعض الميكروبات فيها وقد تكون المواد متكونة من الصغرا وحدها أو مجردة عنها بالكلية ولونها مائه وقوامها مائع مائي أو شبيه بالأسهال الكوليروي ومحتوية على أملاح فوسفاتية بكثرة أو تكونه المواد محتوية على كثير من المواد المخاطية والأسهال البسيط الغير المعوي بآفات موضعية لا يشاهد فيه القيح ولا الدم

ويعيب الأسهال الحاد غالباً منقعي وغشيان وانتفاخ خفيف في البطن وتفتقد هذه الأعراض عادة في الأسهال المزمن وتبسط البطن أو ترتفع وقد تالم الشرج أو تحصل فيه تسحات خفيفة وقد يتضاعف الأسهال عند الاطفال بسقوط المستقيم

ولا يصعب الأسهال الخفيف عند الكهل اضطراب في عموم الصحة أو يحصل ولكنه قليل وأما عند الاطفال والشيخوخة ومنتهكى الاجسام فان الأسهال في المادة يوجب الخطاط القوي بسرعة وبرودة الجملد وربما ظهرت هالة كابية حول أعين الاطفال وانخفضت اليواقيع وتظهر هذه العلامات يدل على الخطر حتى قبل حصول السرعة في النبض والتنفس وكلما كانت المواد البرازية سائلة وغزيرة شبيهة بالكلوليسين يكون الخطر اقرب

ومعالجة الأسهال على العموم تحتاج لزيادة اعتناء الطبيب فيهم بحفظ حرارة الجسم لاسيما البطن والاقدام فيمنع بطنه بحزام من القانيلا أو

توضع عليها لفة ويوفر المريض بالراحة التامة والحمية المشددة
 وإذا كان الاسهال ناشئاً من الاطعمة العسرة الغضغ يبادر باعطاء
 شربة من زيت الخروع وإذا كان الاسهال حاداً لا بأس من اضفاة قليل
 من الافيون الى زيت الخروع أو بعض فحات من مسحوق جرمجورده وبعد
 تلك الشربة تستعمل القلويات لأجل تلطيف التقيح المعوي فتعطي
 جرعة من كربونات الصودا معطره قليلاً بالينسون أو النعناع تؤخذ
 منها ملعقة كل ساعتين أو تؤخذ تحت نترات البروموت أو سالييلات
 الازوتوت وحدها أو مع المركبات الافيونية أو المورفين إذا كان الاسهال
 مصحوباً بالغثى ويلزم تجنب القوابض في الاسهال الحاد وأما في الاسهال
 المزمن فاستعمال القوابض مهم كالكيو والكمياميرد والكاشو
 والاياتوكسيلوم ومسحوق الطباشير المركب والشب ونترات الفضة
 وسلفات النحاس وعند الاسهال الخضر عند الأطفال يمكن استعمال
 محلول حمض المبيك بثلث أو خمس الكبريتيك على هيئة ليعزاة معدنية
 (المبحث الأول في الالتهاب المعوي)

الالتهاب المعوي مجله الغشاء المخاطي للأمعاء وهو إما أن يكون حاداً
 أو مزمنًا بسيطاً أو مصحوباً بالالتهاب المعدي وإما بالمتقرجلجسه فإنه
 إما أن يكون عاماً للأمعاء الدقيقة والثلاوذجيماً أو يكون قاصراً على
 احداهما أو على الاغور أو المستقيم فقط فليشرح اللهم من هذه الانواع
 فتقول

(أولاً في الالتهاب المعوي الحاد)

(الاسباب) الالتهاب المعوي الحاد المسمى بالنزلة المعوية الحادة مرض
 كثير الحصول وهو يكون إما ذاتياً أو تايبياً أما الالتهاب الذاتي فإنه
 يحصل في جميع الاعمار وبالأكثر في الغصون الحارة والبلاد الحارة وأهم
 اسبابه تأثير البرد الرسيح في حالة عرق الجسم إذا كان عند الشخص استئداد
 مخصوص

مخصوص له فالبرد حينئذ ينبه الازلة المعوية حينئذ كما ينبه الزكام أو
الازلة الشعبية عند خلع ومناسبات المهمة أيضا عدم الاعتناء والتدبير
الغذائي سواء كان العيب في الكم أو النوع كالإفراط في الأكل أو كسل
الضمير الفاسدة والفواكه العفنة وشرب المياه القذرة أو الراسية
والإفراط في المبهزات والمشروبات الباردة الشديدة ومن الأسباب أيضا تأثير
هواء الجوف في بعض العصور وتأثير بعض الميكروبات الجوية وقد ينتشر السعال
في هذه الأحوال بحالة شبه الوبائية

وقد يكون السبب جرحيا كالجروح والحرق المتسع والرض وال سقوط على الظهر
ورمول الأجسام الغريبة العظمية أو المعدنية إلى القناة المعوية والذين
المعوية والامساك المستعص

ولما الالتهاب التالي فإنه قد يحصل بالمجاورة عقب التهاب المعدة أو
البريتون أو يربط بالأمراض العامة كالكا شيكسيات الدورية والحمية
وباء برات أو بالأمراض العفنة كالحمية والحمى التيفودية والحيات الأحمية
(الاعراض) تختلف أعراض الازلة المعوية باختلاف مجلسها فالأش
عشر أو الفاييف أو الأعود أو الامعا النليظة أو المستقيم وحيث إن
الازلة المعوية لا تنحصر في جزء محدد من الأمعا إلا نادرا وأنها تمتد في
الاتساع عادة فيمكننا أن نشرح أعراض الازلة المعوية للأمعا الدقاق
أعوزجا عاما ثم نذكر الخصوصيات المتعلقة بالقط المحدودة

أما الازلة المعوية الخفيفة فلا تصحبها حمى وتلك الحمى لا تشاهد إلا
في التلات الشديدة ولا تقل درجة الحرارة فيها إلى ٣٩ إلا نادرا وذلك
عند الأطفال والاضطام العصبي المزاج وأعراضها المهمة هي
المغص والإسهال أما المغص فيكون عادة حوله السرع أو يتشمع
بعيدا ويأتي على فترات مختلفة الحدة تصحبها في الغالب قراقرمولة وسهلا
التعوط وأما الإسهال فإنه يعقب فراغ الأمعا من المواد العظيمة التي

٢٢٠
كانت موجودة فيها من قبل ويكرر مراراً في اليوم وتخرج المواد سائلة مصفرة
متكونة من مواد غطائية مختلطة بسائل مصل رصفاً وتكون المواد مدمجة
وتختلف مقدارها باختلاف نوع الأعذية والمشروبات التي يتناولها
المريض وتنتشر منها رائحة قفحة شبيهة براحة المخ وفي أحوال أخرى
تكون المواد سائلة شبيهة بماء الرز أو تكون رغوية لها رائحة كريهة
عفنة ويكون مفعولها في الغالب قلوياً وقد تحتوي المواد البرازية في بعض
الأحوال على بعض المواد الغذائية الغير المتامة المهضم كبقايا الخضراوات
وقطع اللحم والأوتار وفي أحوال أخرى يشاهد فيها بعض مواد ثقيلة متبسة
على هيئة قطع صخرية

وبالتحليل الميكروسكوبي من المواد الثقيلة يمكن استكشاف بعض بقايا دقيقة
من المواد الغذائية مصحوبة بأنواع مختلفة من الفطر وخلايا بشرية وكريات
حمراء بيضاء وبلورات متنوعة من فسفات الجير وفسفات النشادر والمائزيا
وأوكسالات الجير وكولسترين وزيئات الجير وبلورات ساركوكو ونحو
ذلك

وقد يمكن مشاهدة الحركات الديدانية للأعما من أظفر البطن ويمكن الأحاسيس
بها بالجلوس وبالضغط على البطن تألم المريض أو تسكن آلامه وتكون البطن
في الغالب ممتلئة بالغازات وممتلئة أو متورمة فتدفع الحجاب الحاجز إلى
أعلى وتضيق على الرئة والقلب وينشأ من ذلك عسر التنفس والدوخة
ومتى خرجت الغازات من الفم أو الشرج يرتاح المريض ولكن خروج الغازات
من المستقيم قد يصحبه خروج بعض المواد الثقيلة السائلة وقد تلتصق
الحالة على المريض في الأحاسيس فيفضل المجهود بقصد إخراج الغازات فتخرج
بدها المواد الثقيلة ولذلك يلتزم المريض بالاحتراز خوفاً من الخطأ
فيما بعد وإذا حصل القيح توجب الرأبنة زائدة في حذاء العري المتعددة
وتوجد الأصمية واضحة في حذاء العري المجردة من الغازات وبالتسمع

يوجد

يوجد صوت القراق والالفاظ المعوية التي يمكن تمييزها بالسمع
ويصحب التزلة المعوية ضعف الشهية أو فقدانها ويندر استقرارها محسوسة
وأما يكون الطعن متزايدا دائما فنسبة درجة الأسهال وتغطي اللسان
غالبا بطبقة بيضيه أو مصفرة ويقل إفراز البول أو يفقد في الأسهال المفرط
ويكون مغزنا حمضيا وقد يكون محرقا من التبول وقد يحتوي على أانا بيب
اسطوانية شفاقة (فيشل) ولكن وجود الزلال فيه نادر وإذا حصل
يكون وقتيا

وفي الأحوال الخفيفة تلتطف الأعراض بسرعة ويبرأ المريض في مدة يومين
أو ثلاثة أو تستمر الأعراض بعض اسابيع تحسن فيها حالة المريض وتزهد
عليه هيئة الضعف والتعب مدة بعد تمام الشفاء وأما في الأحوال الشديدة
فإن للمرض والأسهال يستمران مدة وتهدأ قوى المريض وربما عرض له الخفقان
للأسهال إذا كان طفلا أو شيئا أو ضعيف البنية فيبرد الجلد وتغطي بريق
بارد لزج ويصغر النض ويتناثر وتهبط القوى وتقاط العين بهالة كابية
وروي على السحنة التعب والاعطاط ويضعف الصوت ويسهل حصول
الآغا والهبوط العام

وإذا كان الالتهاب قاصرا على الأمعاء الدقيقة دون الفلطة ربما يحصل
المغص والقراق لكن يحصل المواد إلى الأمعاء الفلطة فأنها تكتسب قواما
وتخرج متساكنة نوعا وإذا اتحد الالتهاب في الاثنى عشر يتضاعف قابلا
بالبرقات التي عقب اعاقه سيلان الصغرا في الاثنى عشر بسبب انتقال
الغشاء المخاطي وضيق فتحة القناة الصغراوية وانسداده وإذا انحصر
الالتهاب في الأعور تشاهد أعراضه التي سنذكرها قريبا وإذا امتد
الالتهاب إلى الأمعاء الفلطة تشاهد غالبا ظهور الدم في المواد البرازية
وأما التهاب المستقيم فيستقيم بالزحير وتأكم الحفرة الحرقفية اليسرى الذي
يزداد بالضغط عليه وحصول القراق فيه مع أصمية اورزانية في الصوت

بالقرع وتخرج المواد غالباً مخاطية وملوثة بالدم وبالبصع عن الشرج يمكن
مشاهدة حركاته التشنجية التي توجب ارتفاعه بقوة ويزداد تألمه جداً
بالحس ويمسح الأسبغ بانقباض العاصرة الشديد ويزيادة الحرارة والمستقيم
وربما انشاء المخاطي بالمطار الشرجي في حالة احتقان وانتفاخ واضيقان
ولكن متى استمر الالتهاب زمناً فأن العاصرة تضعف وينفتح الشرج وتيسل
منه مادة حريفة تحدث الاكزيما في الجلد حوله وقد يعقب ذلك سقوط
المستقيم أو حصول النواير الشرجية

وإذا اشتبك الالتهاب المعدي مع الالتهاب المعوي ينضم إلى الأمراض المذكورة
أنفا حصول الفشيان والقيء وفقد الشهية وآلام القسم الشراسيفي
وعند الطفل يتسبب النزلة المعوية غالباً من التسمين أو من الرضاعة الغير
الموافقة خصوصاً إذا كانت من البراز الصالح واللبن الغير الجيد أو من الطعام
واستحال الأغذية الصلبة قبل الأوان وتكون المواد البرازية عنده مخففة
في الابتداء ثم تتغير معوية غزيرة أو تكون جنية متكونة من كازين اللبن
ومفعولها حمضي ورائحتها حمضية أو فوشاديرة يعضها بعض يوجب صرع
الطفل ونفث الساقين على اللبن وقد يستقرح الطفل من فعل الضغط على
بطنه وتكون بطنه منتفخة أو غابطة أو متوجعة تحت اليد لكثرة السوء
فيها أو تدور فيها القراقرق وينضم القيء إلى الأسهال غالباً ويزداد عطش
الطفل وربما تضاعفت حالته بظهور القلاع في الفم وكلما استمر الأسهال
حصل الهبوط وتهبط اليوافنج وتنور الأعان وتتغير السحنة وينحل
الحسم بسرعة ويبرد وتهبط القوى وربما هلك الطفل في نوبة تشنج
أو كوما وينسب اخضرار المواد البرازية إلى نوع باسل مخصوص هو
السبب في العدوى وانتشار الأسهال بهيمية وبائية (هم)
(الشرع المرضي) النزلة المعوية الحادة تنصف بأحمرار الششاء المخاطي
واستفاحه واحتقان أوغيته خصوصاً حول الغدد المخلوقة ولطف

بيير واحتقان الغدد المنزلة لاسيما في حذار الصائم وقد تشاهدت قرصاً
صغيراً مجلسها في الغدد المنلوقة ولا تشاهد أفات في الطبقة العظمية
ويلا في الطبقة المحيطة اذا كان الالتهاب المعوي حاداً وأما اذا استطالت
مدة المرض وازدادت حدة فأن البريتون يجتقن في حذاره ويصحى للالتهاب
المعوي عادة احتقان العقد اللمفاوية المسارية واستغناها

(التشخيص) تشخيص النزلة المعوية في العادة سهل ولا يمكن التباسه
بالحصى التيفودية بالنظر لعدم ارتفاع الحرارة وعدم ظهور الطغى الجلدي
على البطن ولا يلبس الالتهاب المعوي بالأسهال الكوليروي لعدم وجود البائس
الواردي ويلزم تعيين مجلس الالتهاب وتعيين سببه بقدر الامكان
(الانذار) الانذار في العادة حميد ولا يكتب الخطر الا عند الاشخاص
الضعفاء البنية والمتقدمين في السن ويخشى من حصول التكتلات واستحالة
النزلة الحادة الى الحالة المزمنة

(المعالجة) المبادرة باستعمال القواض في النزلات المعوية لا تنظم فاذا
كان مع المريض حركة سحية يلزمه مراعاة الفراش واذا كان كهلاً قوي البنية
أو متوسطها يعطى له مسهل على كسفات الصودا قدر ٣٠ جرام أو ماء
مومندورف أو راكوكسي ويكرر المسهل عدة ايام متوالية ثم تعاطفت
عدة الالتهاب تعطى المركبات الافيونية في جرعة أو حقنة وتراعى الحمية
القاسية ويعطى للشرب ماء الرز أو الماء الزلال المحلى بشراب الصنع أو
يعطى له قليل من الكوكيناك في الماء

زاذا كان المضم، شديد يمكن تسكينه بفعل حقنة مورفينية تحت الجلد
أو قوذج على البطن لجة مشوشة بالعودانم ولا يرضى له الا بالشورية
الغزوية أو النشوية او يعطى له مرق كم العنان أو الماء البارد
واذا كانت الاما متقلبة باخرة غير تامة المضم متقنة والبطن متخمة
بالغازات يعطى للمريض مقداراً من زيت الخروع لأجل اخراج هذه المواد أو

٤٣٤
يعطى له الزبيب المحلو بمقدار سهل واحد أو مع الحلبة أو المحمودة وإذا
كانت الأمعاء محتوية على ديدان يضاف للزبيب المحلو مقدار من الأدوية
المضادة لها على حسب نوعها
وقد يبرأ المريض بعد السهل ولا يحتاج بعده إلا إلى مراعاة الشروط العجبة
وإذا استقر الاسهال بعد تطهير الالتهاب يمكن إعطاء القواض والحرك
الافيونية أو نترات البرموت أو سالييلات البرموت ومسحوق روفيل
وأما إذا كان الالتهاب في الأمعاء الغليظة فيمكن الشروع في علاجها بواسطة
الانير وكيسم ويبدأ بفعل حقنة بسيطة لأجل خروج المواد الموجودة
في الأمعاء ثم يفعل الغسل بمقدار كبير من الماء وتستعمل انبوبة المستقيم
الطويلة لأجل وصول الماء إلى آخر صدام بوهين ويستعمل لغسل الماء
القراح أو لفتح على قليل من نترات الفضة (تيلم) وإذا تألم المريض
تفعل له حقنة مورفين تحت الجلد أو يعطى له برومور البوتاسيوم أو
الكودال ويعقب غسل الأمعاء حصول الشفاء بسرعة غالباً
وإذا كان الالتهاب في المستقيم يمكن تطهير الزحير بالتليبات المستقيمة
الداخل فيها المورفين أو البلادنا
وبعد الشفاء تلزم مراعاة التدبير الغذائي الموافق لأجل تدارك النكسات
وللزم التحفظ من البرد باستعمال الملابس الصوف والخام فوق البطن
وتجنب تطهير الحالة الحادة عند الأطفال بإعطاء زيت الخروع مسحوقاً
بمقدار متساو من شراب الصمغ (أجرام الحرة) وتكرر تطايبه يومين
أو ثلاثة على التوالي ثم يعطى مغلي سيد نام الأسف ولا بأس من إعطاء
لحم نقطة المانطة من اللودام في جرعة ضد المنع توزع على أربعة
متساوية في مدة الأربعة وعشرين ساعة
ويباح الاسهال الأخضر عند الأطفال بجميع الميكنات فيعطى الطفل بحسب
سنة من ٣ إلى ٦ ملاعق صغيرة في اليوم من الجرعة الآتية (شراب ميسيا
كبج

٤٣٥
١٠ جـ حمض الفينيك ٢ جـ روح الليمون ٢ نقطة (ويلزم تطهير الملابس
الملوثة بنقعها في محلوله السليماني (سيل) أو غسلها في الماء
(ثانياً في الالتهاب المعوي المزمن)

(الأسباب) الالتهاب المزمن يكون في النادر أصلياً ويعقب الالتهاب الحاد
عادة إذا استمر تأثير الأسباب الملهجة له وقد يكون ناسباً لإعادة العدوى
الوريدية في أمراض القلب والرئتين والكبد وقد ينفق بالكتاشيكسيات أو
التسمم الأجاج أو البول أو يكون مستقلاً من الأمسا أو سوطاً لها
(الأعراض) عجز الالتهاب المزمن في الأمسا الطليقة غالباً أو موافق
المهمة منها الأسهال والنقص

أما الأسهال فأنه إما أن يكون بسوطاً أو معصوباً بنقص معوية ويكون
التبرز بالأكثر صباحاً ويقل مدة النهار ويتبع تعاطي الأعدية غالباً
وتكون المواد سائلة ومحتوية على مواد مخاطية قيحية يختلف مقدارها
 باختلاف الأحوال ويكون لونه صفراً على حسب مقدار الصفراء الموجودة
فيه وقد نشاهد فيه بعض ديدان معوية أبيضها أو بعض الأنواع
الفطر أو توجد فيه بعض المواد الغذائية الغير تامة الهضم وإذا زاد
مقدار هذه المواد فيها يبرز عنها بالهباتيريا وتكون رائحة المواد كريهة
أو منتنة عادة

وقد تحتوي على بعض مواد مخاطية منعقة على هيئة أغشية كاذبة أو
تخرج بعض أغشية كاذبة حقيقية يسبقها بعض شديد (الوجع) وقد
تخرج بعض شرائع مهيضة من نفس الغشاء المخاطي
وقد يكون المواد الدسمة وذلك يشاهد بالأكثر عند الأطفال والجنين
عنها توجد فيه حوامض دسمة ومنسب ذلك إلى احتباس الصفراء أو
الصغير السكراني وفي هذه الحالة إذا عولجت المواد بالجواهر اللزجة
للشحم كالإثير تنزل المواد الدسمة ويقل مقدارها (دسم)

وأما المصنف فإنه يكون في الغالب خفيفا وقد يكون قويا بدرجة لا تتطابق خصوصا بعد تماطى الأحذية أو قبل التبرؤ وقد تعجبه قرا فركيزة وانتفاخ البطن بدرجة زائدة فتوجب عسر التنفس واضطراب الدورة ولكن الغالب والأسهل المزمن هبوط البطن وقد مرهنة الامسا والاحساس فيها بقوج ناشئ من استوائها بالسوائل

ومنى استقلت المدة ربما اشتركت المدة في الالتهاب فيحصل اضطراب الهضم المعدى ومن سوء التغذية يقع المريض في الخمول والكأ على كسبا ويصير ما ليخوليا

وسير الالتهاب المعوى المزمن في غاية من عدم الانتظام فتارة يحصل فيه تحسين وتارة يكتسب شكلا تحت حاد وقد يتحاقب فيه الأسهال مع الإمساك وقد يمتد عدة سنين أو طول الحياة وهو وإن كان خطرا عند الشيوخ والأطفال إلا أنه أقل خطرا عند الكهل ويحصل الموت من تقدم الكأ شيكيا أو من العوارض المضاعفة له كالالتهاب الشعبي الرئوي والوزع والالتهاب وقد يصفى الالتهاب المعوى المزمن بالإمساك فيقال له الالتهاب المزمن الجاف ويتصف بالآلام التي تظرف بعد الطعام بنحو ٣ إلى ٤ ساعات وقد يكون الإمساك مستعصيا بدرجة قوية بحيث لا ينفوط الشخص الأمر في الأسبوع أو الأسبوعين وتغير المواد صلبة متكررة كالكتين مضطاة بمادة مخاطية أسيانامدمة أو بمادة مخاطية منسقة كالاعشبة الكاذبة على هيئة أشربة غنية مبيضة ذات مقاومة ربما اشتبهت على المصنف بقطع الدودة الوحيدة قد يصل طولها من ١٠ إلى ١٥ سم وتزاولها عن غيرها باليسر وسكوب توجد متكررة من مادة مخاطية وبعض خلايا بشرية سطوالة فاسدة رائحة سارحة تحتهى على الكولسترين في النادر ويشاهد الالتهاب الجاف بالأكثر عند النساء عصبيات المزاج وعند المتودين على المعيشة الجماعية المنهارة في الاشتغالات العقلية وعند ذوي المزاج الأربابى

فينشأ عنه عسر الهضم وانتفاخ البطن بالغازات وفقد الشهية وضعف
الجسم وعوارض عصبية منعكسة كعسر التنفس والذبحة الصدرية والارتشاج
والدوخان والماليغوليا .

(الشرح الموضح) تختلف الآفات التشريحية باختلاف الأحوال فيكون
الغشاء المخاطي اما محمرا على هيئة بقع أو كايها اردوازيا ويتجمع هذا السائل
في الجمل المعوي ويكون اوردته وابعته اللغافية ممتدة وتوصل فيه ضخامة
تصل الى النسيج الكلوي تحت بحيث انه ربما يعقب ذلك تكون بروزات كالازرار
على سطح الغشاء المخاطي وقد تمتد الضخامة الى الطبقة العضلية فتزيد
عن سمكها الأصلي بنحو ٣ او ٤ مللت ويتكاثف المريتون تحتها ويصير مريتا
وقضي الخلد المظلوقة أو تنكس أو تتقرح وقد يكون الغشاء المخاطي
باهتا وضامرا لاسيما عند الأطفال

وقد يتسبب من ضخامة جدار الامعاء ضيق في قطرها ويشاهد ذلك بالاكتر تقرب
صمام بوهين وفي التمرج السيق وقرب فتحة الشرج

وقد يحصل غير ذلك تقرحات يكون مجلسها نسيج الغشاء المخاطي او غده
وتكون التقرحات في الاستاء صغرة مستديرة ثم تمتد وتعرض حافاتهما وتخلط
ببعضها وتغير غير منتظمة وقد تنولد في قاعها ازوار لحمية تنمو وتكتسب هيئة
البوليوس وقد تؤكل بعض الارعية وتنقب ذلك اثر فة خفيفة أو خطيرة
وقد تنور في العمق وذلك نادر وربما انتقت الامعاء والسكت الحواف
الحيوية أو يسبقها التهام وريقته الغشاء المعوي فتؤثر القرحة على الاشياء
المجاورة وينشأ من ذلك عوارض شتى واذا التهمت القروح المعوية فأف
ذلك لا يخلو من العوارض لأنه ينشأ عنها في الغالب ضيق قطرها وتشوهات
المنوعة وبغير المرض عرضة للاستسداد المعوي

وتشاهد التقرحات الغدنية غالباً في الامعاء الغليظة وقد تكون عديدة جدا
بحيث يكتسب الغشاء المخاطي هيئة الغزال ولا تحصل هذه التقرحات في

المستقيم الانادرا

(النشخيص) النشخيص سهل وانما الصعوبة في تعيين مجلس الآفات ودرجتها ومن دلتهم تعيين وجود التقرحات لانها قد تكون كامنة الاعراض مدة الحياة (نوتاجل) وما يدك على وجودها خروج كتل صغيرة من القيح أو من مادة شبيهة بجيوب الساجو ولكن يمكن مشاهدة هذه المواد في النزلة المزمنة البسيطة والاهم منها وجود الآلام محدودة على جزء من البطن والالتهاب البريتوني المحدود والترتف الموعود واعراض الانقباض المعوي ويميز الأسهال المزمن البسيط الذي بسلام وجود الباسيل في المولد الثقيلة (الانذار) الأسهال المزمن مرض من المعالجة ويحتاج الى تدقيق كبير في التدبير الغذائي والمعالجة وهو خطر عند الاطفال والشيوخ ومن تضعف بالاعطال أو وصل الى درجة الكاشيكسيا فأنه يزداد خطرا (المعالجة) تختلف المعالجة في الالتهاب الحاد والمعصوب بالأسهال في الأسهال يورس بالانقضاء اللبني ويؤخذ اللبن وحده أو يضاف اليه ماء الحبر أو كبريتات الصودا أو يستعمل اللبن بالحم النيئ المحض جيدا ويمكن اعطاء اللحم النقي مع اللبن

ولأجل تنويع الغذاء المخاطي تغطي المسهلات المليئة كسلفات الصودا بعض ايام بمقدار قليل من ٥ الى ٨ جرامات أو يطي البزموت بمقدار من ٦ الى ١٠ جراما في اليوم والمركبات الافيونية والقوابض او نترات الفضة جولا بمقدار من ٥.٠ الى ١٠.٠ ارستجرام في اليوم او تفعل منه حقنة جعل منها فائدة عظيمة وكذا عرق الذهب بمقدار قليل ٤ جات في اليوم كل حبة تحتوي على من ٥ سنتي ج عرق الذهب و١٢ حبة افون ويضاف لهذه الأدوية استمان بعض المحولات كالحار يقي الصغيرة على البطن أو الكي البطني واذا كان الأسهال آجائيا يجب استعمل سلفات الكينا ويضاف اليها ماء بلومبير

ولما

وأما التهاب الجفاح للأعضاء الغليظة فيعالج باستعمال زيت الخروج بمقدار صغير من (٨ إلى ١٠ اج) يتكرر تقاطيعه ملأ في الأسبوع أو يعطى الزئبق المحلى ومع ذلك ذلك البطن وتكيسها واستعمال الدوش والاستحمام بالماء البارد أو موضع الحمايق الصغيرة على البطن ويتعاطى المريض ماء شاتل جيون وبلومير وكارلسباد أو يستعمل معالجة العنب في دور كرام وويسبارن وميران والاقامة في الجبال والرياضة يقرب شواطئ البحار تحصل منها فائدة عظيمة لبعض الأشخاص

(ثالثا في التهاب الأعور والتهاب حوله)

التهاب الأعور جلسه العشاء المخاطي للأعور وحده أو الزائدة الدورية معه وأما التهاب حوله الأعور فجلسه إما أن يكون في البريتون للبطن له أو في النسيج الخلوي الموجود بينه وبين الصفاق (الاستسك) التهاب الأعور مرض كثير المصوب عند الشبان والكهول وللرجال أكثر من النساء ونادر جدا عند الشيوخ والأطفال قبل سن الاثنى عشر وأسباب النوازل المعوية كلها تحدثه كالرض والبرد والعشة الجارية والأمساك والأجسام الغريبة كغواك الفواكه والخضيات المعوية أو الثقيلة والخضيات الكبدية وما يهيئ له الإفراط في أكل الخضراوات والفواكه ذات البذر كالسب والرومان وقد يترتب آثار مرضية كالتهيجات الدورية والتيفودية أو يرتبط بحدود المعدة (فوشار) ولكن أهم الأسباب هو ركود المواد الثقيلة واحتباسها في الأعور ويسبب عدل ذلك صعوبة دفع هذه المواد من أسفل إلى الأعلى حتى لو حصل ضعف في عضلاته أو عضلات القولون الصاعدة عقب التهاب العشاء المخاطي أو الانيميا مثلا فإنه ليسهل تراكم المواد الثقيلة التي تتكاثر وتكتسب فيه قواما وتوجب احتباسه والتهابه وإذا احتبست المواد الثقيلة في الزائدة الدورية أو دخل في تجويفها نزل

من المواد الثقيلة المتبسة أو فؤاة كلسية أو بيض الديدان المعوية أو بذر
 الفؤاة أو حصاة كبدية ربما كان ذلك سببا في التهابها
 وأما التهاب حول الأعور فإنه يكون في النادر ذاتا عقب تأثير البرد
 والأسباب لمرجحة أو لظهورات العنيفة كاللوب والرقص وفي الغالب
 يكون تابعا لالتهاب الأعور والزائدة الدودية أو اشتباها وقديما
 التهاب الأعضاء المجاورة الأخرى كالكلى والمفصلة اليسرى وعظام
 الحوض أو اليدين والرجل عند المرأة

(الأعراض) الأعراض العامة لالتهاب الأعور وحوله هي الألم والانتفاخ
 في الكفة الحرقية اليمنى واضطراب الهضم وتنوع هذه الأعراض قليلا بالنظر
 لمحلس الالتهاب

أما التهاب الأعور فإنه إذا كان خفيفا لا تصحبه حمى وتضخم الكبد في
 الأسماك وتالم الكفة الحرقية اليمنى وانتفاخها وقد يصعب استفاخ البطن
 كلها والقيء وبالجس باليد يزداد الألم جدا ويجس تجن ويرم معدود تحت
 اليد متوتر مستطيل كالمبارصحة بلغراف غورباط يوبكراملس أو ذي
 حديدات وأصم تحت القرم بحيث يمكن تحريكه إذا لم يكن الانتفاخ الغائر
 قويا فتصير الزائدة عامة ويتعذر تحديد الأعور ثم تختل الأعراض
 وتضيق في مسافة بعض الأيام بالمعالجة الموضعية ويشاهد هذا السير
 عادة في التهاب الكرازي للأعور

وأما إذا كان الالتهاب شديدا فإنه تصحبه حمى قوية وتالم زائد في هذا الأعور
 واضطراب واضح في الجهاز الهضمي ومن شدة الألم يجتهد المريض في تلطيفه
 باسترخاء جدار البطن فيترقد على ظهره مانلا قليلا إلى جهة اليمين ويثني
 فخذه الأيمن على البطن ويتنوع سير المرض بتنوع الأحوال فأما إن تسند
 فتحة بوهين وتسبب من ذلك أعراض الانسداد المصوب التي تنتشر بها
 قريبا وأما إن يمتد الالتهاب إلى البريتون ويصير محدودا حول الأعور
 أو يمتد

أو يعتد الالتهاب بالمجاورة إلى النسيج الخلوي خلف الأعور فيحصل
التهاب خلفوني حوله وأما أن يتنفخ الأعور وتنقب جدره والبريتون
فيتمتع بالتهاب بريتيون حاد خطرا وتكون وريقتي البريتون ملتصقة
فينسكب محتفل الأعور في الاعضاء المجاورة أو ينشب الأعور من الخلف
فتسكب موده في النسيج الخلوي وينشأ من ذلك التهاب خلفوني
أو غفريفي

وأما التهاب الزائدة الدودية فإن أعراضه تشبه أعراض التهاب الأعور
ولكنها تظهر فجأة ولا يعصبها الورم المنبأى ولا الانتفاخ الغاري
للأمعاء ولا القيح الغاطي وينشأ عنها في الغالب التهاب البريتون أما
بالمجاورة أو عقب استئصالها وانسكاب محتفلها في التجويف المعوي وقد
ينشأ من التهاب الزائدة الدورية تمددها بحيث تبلغ حجم الأمعاء وإذا
استندت فحقها تتمدد وقد يبلغ حجمها حينئذ قد رقصة اليد
وأما التهاب النسيج الخلوي خلف الأعور فإنه يقسم أيضا بالأمعاء واستئصال
القسم الأعوري وأما يكون الورم فيه حقيقا خلف الأعور لا منبأى
الشكل وبالقرع عليه يوجد نفاذ وإذا فغل القرع بعد الضغط على
الأمعاء وطرد الغازات منها تنفع الأمية وتنشع الأمعاء غالباً نحو الظهر
والكتف واليد اليمنى والساق اليمنى وتجذب الحفصية اليمنى إلى الأعلى
وربما يحصل زحير بولي أو استسباب مغرم وقد يشتكى المريض بتخيل في
الساق اليمنى أو ضعف فيه وربما يستمر مدة بعد الشفا وينب ذلك للضغط
الحاصل من الورم الالتهاب على اعصاب الحرف السفلى وقد ينشأ من
الضغط على الأموية أو زحما الحرف المذكور

وإذا كان الاستسباب حميدا تنصرف الأعراض بسرعة وأما إذا استمر
المرض فإن القيح يظهر عادة بعد اليوم الخامس ومثا تكون الخراج فاما
أن يتفرغ في الخارج أو ينسكب في الأمعاء المجاورة كالمثانة والمستقيم

والرحم والامعاء أو يمتد في النسيج الكلوي المحيى أو يفتح في البريتون وقد
يصل بعيدا الى المابض أو البليورا وانفتاحه في الأعور أو الأمعاء
انتفاخا حيدا ويعقبه الشفاء عادة وانخار على جدر البطن أملا من رباط
قالبوب تسبقه اوزنما والحرار الجلد ورقته وقد يتسبب عنه ظهور
الحما أو قرح متسع ومتى تفرج الخراج في الامعاء او على سطح الجلد يستريح
المريض ويهبط الودم الأعورى ويستقر التقيح عدة ايام وفي الأحوال
الحسنة يتناقص مقدار الندرج ويتم الشفاء في مسافة ٢٠ الى ٣٠ يوما
أو يختلف عنه فاسور

وأما التهاب البريتون حول الأعور فيكون الانتفاخ فيه سطحيا ويكون
القرح عليه رافعا وقد يوجد فيه بالسمع صوت الاحتكاك ويتضاعف
غالبا بالالتهاب الأعورى المجاورة وقد ينتهي إما بالانكيس ويستقر
الشخص حينئذ عرضة للنكسات أو يتقيح وينسكب المديد في تجويف
البريتون او في الاعضاء المجاورة وتقب ذلك عوارض شتى
ثم ان التهاب الأعور أو الالتهاب حوله مرض خطير عادة واذا برئ منه
المريض يستمر عرضة للنكسات مدة مستطيلة وقد تحمل النكسة بأدنى
سبب كالجهود والسعال والقيء أو التخطوط

(التشخيص) يتميز الالتهاب الأعورى عن التهاب البريتون حوله والتهاب
النسيج الكلوي خلفه بالأعراض التى سبق شرحها وانما يكون هذا الالتهاب
في المادة صلبة أو يضاعف بعضها ببعض بسرعة ويتميز التهاب المفضلة
البسواس بثبات الطرف السفلى في حالة انثناء وميل الى الخارج وبتزايد
الآلم وصعوبة تحريك الطرف بالصناعة ولا يقبه اضطرابات هضمية
عادة ولا يلتبس التهاب الأعور بالحى التيفوذية المعصوبة بالأسماك
بالقلوب يقع الجلاية للبطن وانتفاخ الطحال وقد يكون التمييز بين
المرضين صعبا

(الإنذار) التهاب الأعور أقل خطراً من التهاب حوله ومن التهاب الزائدة الدودية وانذار هذه الآفات يتعلق بمدتها وسهولة تكسبها والخطر يتعلق بالمضاعفات التي تطوّر في سيرها (المعالجة) تراعى المعالجة التداوية عند المصابين بالأمساك لأجل نظام التبرز وأما المصابون بـ التهاب الأعور من قبل فليزعم تجنب الجهود الجسدية ويماج التهاب الثآليل بالحقن الاستيروكودية المتكررة لأجل عدم الولد الثقيلة وخروجها ويبطى للربيع مسهل خفيف كزيت الكزوع والماليزيا ولا يستعرب استعمال المسهلات القوية كماء الحماة الفساضية وفي التهاب الأعور وحوله على العموم تليزم استراحة المريض التامة وتطلى له الافذية السائلة والاملاق واللين والماء النقيذ والبريا ويبطى له الافيون بمقدار كاف لأجل لطيف الألم (٢٠ او ٣٠ ر. كل ساعة أو ساعتين حتى يسكن الألم) والافيون مع تسكين الألم يساعد ايضاً على صرف الأمساك والمعالجة الموضوعية منها وضع اللبغ البسيطة او المسكنة على القسم الاعورى وارسال الملق أو وضع المشاة الملوثة بالجليد على حسب الأحوال وحتى انصرف الحدة يمكن مساعدة الامتصاص باستعمال صبة اليود أو الحارريق واما اذا حصل التقيح وظهر القوج فإنه ليسر بفتح الخراج مع مراعاة الامهول الجراحة المضادة للعقنة ولما اذا كان الغلغولي غير محدود فتستعمل المراهم اليودودية او الزيبقية والمخ

(رابعاً في القرحة المستديرة او الوحيدة للثاني عشرى)

(الاسباب) القرحة الوحيدة للثاني عشرى كالقرحة الوحيدة للمعدة والمري تنشأ على التقريب دائماً من منطراب دورة الغشاء المخاطي اما

عقب استحالة الأوعية النشوية أو الشحمية أو انسدادها بالسدد
ثم تأثير العنبر الممدود على النقطة المصابة
وتشاهد القرحة المذكورة غالباً عقب الحرق أو عقب التلج وقد تشاهد في
سير اللحم والقعاية وهي نادرة في الحصول عند الأطفال ويحصلها عند
الرجال أكثر من النساء

(التشريح المرضي) مجلس القرحة الوحيدة عادة في الجزء الأول من الاثنى عشر
وفي الوجه الامامي أكثر من الخلف وتكون بقرب البواب غالباً أو مقبلة به
وتكون القرحة عادة منفردة وقد تشاهد قحياناً فأكثر بامتدادها لتقبل
بعضها وتعتبر غير منتظمة وهي تشبه القرحة المدوية في سيرها وموقعها
فإنها توكل الانسجة والأوعية وتثقب البريتون ويعقب ذلك انزف خطف
أو حمة أو التهاب بريتوني حاد أو اتصال بين الاثنى عشر والمعدة الصغيرة
أو الأمعاء المتصلة إلى غير ذلك وقد يستقر الاتصال على هيئة ناسور
والقرحة المذكورة قابلة للإلتئام ولكن يعقب التئامها في الغالب ضيق
وتشوه في الاثنى عشر وفتحة البواب ويتسبب من ذلك عتد المعدة أو
ضيقة القناة الصفراوية وانسدادها أو فتحة القناة المعرزة للتكرار
ونشأ من ذلك احتباس هذه السوائل

(الأمراض والتشخيص) قد تكون القرحة الوحيدة الاثنى عشرية لا تشبه
أعراض واحدة حتى يحصل طارئ فائي كالانثقاب البريتوني أو النزف
الخطر وغير ذلك فإن أعراضها المعتادة هي الألم والقيء والتقيؤ أما الألم
فإنه يشبه ألم القرحة الوحيدة للمعدة وأغلبه يختلف جلسه فلا يكون في حدة
التساق الخفيف ولا المأمود القوي بل يكون في حدة البواب أسفل الحافة
السفلى لكبد ويتشعخع الوجهة اليمنى وعوضاً عن أن تحرق عقب تناول
الطعام فوراً لا يظهر إلا بعد الغذاء بخمس ساعات أو ثلاثة وعلى رأى
المعلم فهو سيتك يمكن تمييز القرحة المدوية عن الاثنى عشرية بواسطة

النبيذ فإنه متى تعاطاه المصاب بالقرحة المعدية تنهيج الآلام في الحال ومضى
تعاطاه المصاب بالقرحة الاثني عشرية لتسكن الآلام لأنه يحدث من وصول
النبيذ الى المعدة انقباض البواب بالفضل المنعكس فلا ينفذ المصير المعتاد
في الاثني عشرية

وأما التزيف فإنه لا يخرج مع الفحش الا في احوال مخصوصة والمصاب خروج
الدم مسودا بواسطة المستقيم وربما كان التزيف غريزا خاطيا عقب إصابة الشرايين
الخليطة كالحموى المثري والبتكري يسهل الاثني عشرية ونفس الأورط في بعض
الاحيان او الوريد الباب وأما اذا كان الوماء المصاب غير مهم فإن التزيف
يتكرر بقدر قليل ويتسبب من ذلك انيميا ومهانة الوجه والجوار والاستعداد
للانحما

وما ذكر يظهر ان مضاعفات القرحة هي اشتغال الاثني عشرية وحصول
الالتهاب الاليتوني للمعدة وتآكل الاوعية الدموية وحصول التزيف الخطير
واذا حصل الالتقام ربما يمتصه حقيق البواب وحصول القند المعدية أو
انسداد القناة الصفراوية وحصول اليرقان المزمن أو تكون السد في
الوريد الباب الخ

(الأنذار والمعالجة) انذار القرحة الاثني عشرية خطر جدا ويختص فيه
من حصول الموت الفجائي ومعالجة كما لجة القرحة الوحيدة للمعدة أهمها
التدبير الغذائي اللين والقلويات

(خامسا في الدوسنتاريا)

الدوسنتاريا مرض معدى وباقي في الغالب أو جنسي يتبعها التهاب
عديد في الأمعاء الخليطة مصحوب بخص وإسهال ورجح وتنبسب الدوسنتاريا
لسبب ميكروبي ولكن لم يتبين طبيعته الى الآن
(الاسباب) الدوسنتاريا المتفرقة تشاهد في البلاد المعتدلة في زمن الحر
وأما الدوسنتاريا الجنسية فأنها تسلمن قريبا من خط الاستواء وفي بعض

البلاد الحارة كالهند والسجند واليكسك والجزائر وغيرها وتولد من شدة
الحار والشرط الميامية الخاصة بتلك البلاد وقد توجد مع الملائق
أن واحد حق أن بعض المؤلفين يزعم أنها مستقلة بالمياهم الأجاي ولكن
يلحق ذلك ندره الدوستاريا في بعض البلاد التي تسكن فيها الحيوان للقطعة
كالبجاري والسنتويخ

وسواء كانت الدوستاريا متفرقة أو جنسية فإنها تكثر مدة الصيف
عقب الأمطار وشرب المياه الملوثة خصيها المياه المختلطة بالمراحيض أو
المثلية والفواكه العفنة والسكان النيران العفنة وما يساعد على انتشارها
تأثير البرد

وأما الدوستاريا الواحية فإنها تحدث من اجتماع الشروط السابقة لاسما
في المرحلات مدة العافاة كما يشاهد ذلك في السجون المثلية والقشلاقات
والمدن مدة الحصار ويشترط لتأثير هذه الأسباب استعداد جوف مخبر
مجهول الطبيعة وانتشار الدوستاريا بالعدوى على غالب الظن سلق جواد
البرذ ويمكن تفسير تأثير جوفها العفن أو المتكروبي على الأمسا النليظة
خاصة بطرح سائر المواد الثقيلة فيها والاستحمامات الغاخية مدة مستقلة
(التشريح المرضي) آفات الدوستاريا المهمة تشاهد في الترمج السيخو والتسقم
والامسا النليظة لثمة صام بوهين وفي النادر اعتدادها في الجزء
الأخير من الأمسا الدقاق ويمكن تقسيم الدوستاريا بالنظر لآفات المرضية
الى دوستاريا خفيفة التهابية ودوستاريا خطيرة يسببها وشرها الدقيما
الموجعية لأجل تميزها عن الدقيما النوعية الكروية وقد استعملوا
ترك هذه الفلزة في شرحا حشية تشويش للمفهوم وجعلوا الالتباس وخلف
ذلك تشاهد الدوستاريا المزمنة ذاتية أو تاجية للشكل الحاد ولأجل
تسهيل معرفة هذه الآفات نبذة أولا بشرح نسيج الأمسا النليظة بالإيجاز
على سبيل التذكير فقول

الاسماء الغليظة تتركب من عدة طبقات وهما الطبقة المعولية ثم طبقتان عضليتان ذوا الياف ملسة الياف احدها مستطيلة والياف الثانية حلقية ثم طبقة من النسيج الخلوي محتوية على العديد المنفردة المتألقة المخاطية بشبكة وعائية تسمى بالمشاء الوماني الذي لا يلجز وبعض اوجية متفاوتة ثم المشاء المخاطي الذي توجد فيه عدد كبير من الاسطوانية سطحية ومخاطية بشبكة وعائية ومبطنة ببشرة ذات غلوا اسطوانية تستمرس ببشرة الغشاء المخاطي للأعضاء

ففي الدوسستاريا الخفيفة الالتهابية يكون مجلس الآفات ابتداء في التعرج السين والمستقيم وتتوقف باحمرار الغشاء المخاطي وانتفاخه وتكون ايكيموزات فيه او بقع بنفسجية او ارد وازية غامقة تكون اكثر وضوحا في حافة ثنيات الجيوب المعوية ويتغلط سطح المشاء المخاطي بطبقة سميكة من مادة غطائية مصفرة او صديدية او مدمجة شبيهة بمواد افرار الدوسستاريا وتناهد على سطح المشاء المخاطي بروزات متكونة من العديد الغشافية المنتخبة ثم تظهر في الغشاء المخاطي تقرحات مستدرة مقطوعة الحافات قطعا عاموديا وتقرحات اخرى غير منتظمة الكراف ومختلفة الانتاع وبالبحث الميكروسكوبي توجد الاوجية الشعرية المحيطة بالعديد في حالة احتقان شديد والنسيج الخلوي تحتها مرتشحا بجلوا جنينية وتكون العديد الانبوبية مضغوطة ومستطيلة والعديد المتألقة منتخبة وبارزة على سطح الغشاء المخاطي وتنتهي بالقروح فيتفرغ تجويفها وتكتسب تقرحاتها هيئة انباج واصف وخلاف هذه التقرحات يجوار العديد فان المشاء المخاطي يتغير في بعض الحال ويسقط بجمامه وبمضب ذلك تقرحات متسعة غير منتظمة وتغلط بازاد لحمية وتفرز صديدا غزيرا ولكن هذه الآفات تنتهي بالشفاء غالبا في الشكل الخفيف واثر التهامها تكون رقيقة منبهة تقريا شفافة في الابداء ثم تستوى فيما بعد

وأما في الدوستاريا المخطرة فتكون الآفات التشريحية أكثر انشاما فتم
 الامعاء الغليظة أو تمتد الى اللغائف وتكتسب الالتهاب هيئة الغلغولي
 المنتشر في الطبقة الخلوية تحت المشاء المخاطي ويصير لونه أحمر غامقا
 أو مزرقا أو مصفرا أو مخفرا أو كاليا مسويا وقد يميم الارتشاح والبلل
 جميع طبقات جدران الأمعاء فتكتسب قواما وسماكة زائفة وتتشاهد على
 سطحها طبقة من إفراز قيحي مدمم منتشرة باستمرار أو على هيئة بقع أو اشربة
 ونقصها قرحات عديدة في المشاء المخاطي فيترى ويتفطر ويسقط على
 هيئة شرائح عريضة وتظهر الطبقة الخلوية تحته وتشاهد فيها آثار التمدد
 المرتشحة وتولد على سطحها ازرار لحمية مخمرة وبالبحث الميكرو سكوبي عنه
 يوجد رتشتا بلينغ منفردة أو مختلة بكميات يبيضا وبعض جبيبات يمتلئها
 بغيرهم أنها ميكروبات الدوستاريا وتكون هذا الانعقاد اللينغ هنا
 هو السبب في تسمية الدوستاريا بالذئرية وتوجد الاوعية الدموية
 متعددة وممتلئة بالدم وجدرانها مرتشحة كالحاوي ايضا الجينية والحاولا
 الغنية وتوجد الاوعية اللمفاوية ايضا مختقة ومرشحة وينشأ من
 هذه الارتشاحات مضامة الطبقة الخلوية بحيث يزيد سمكها في بعض
 المحال اضافة وتكتسب هيئة حلوية غير منتظمة وقد يمتد الالتهاب
 في الطبقة الخلوية في اتساع كبير وينتهي بالتقيح على هيئة خراج منتشر
 يوجب تخرية المشاء المخاطي وتنقبه وارتشاح الطبقة المضلية تحته وربما
 اصحاب المشاء المعلى فليتهب ايضا أو ينقب وتنكب المواد في تجويف
 البريتون

وإذا امتد الالتهاب الى اللغائف يتصرف ما تحتها الاوعية وارتشاحها
 واصابة العدد الأنبوبية ولا يصيب الطبقة الخلوية بدرجة اصابة
 الامعاء الغليظة ولا يسبب التمدد المغلوفة ولا عدد كبير
 ثم ان القرحات المذكورة ربما تنتهي بالاتهام واثار الاتهام التي تنقبها

رفيعة منبجة اذا كانت القرحة الاصلية سمجية وأما اذا كانت خائرة فإن
الثرثرة النخاعية تكون سمجية مسخرة أو سنجابية أو مسودة بسبب احتشاجها
بالمادة الملونة للدم وتأثير الايدروجين المكثرت عليها ويتسبب عنها ضيق
الاعضاء أو تشوهاها بدرجة مختلفة

ويصعب الآفات المذكورة عادة التهاب العقد اللمفاوية للساريقاوتيجها
ولين الطحال وخفايته والتهاب الكبد وخراجاته

وأما الدوسنتاريا المزمنة فتتصف باحمرار الغشاء المخاطي للامعاء الغليظة
على هيئة بقع مع تقرحات مستديرة أو بيضاوية مسخرة اللون أو ازرية
مجلسها الغدد المخلوكة التي تقبعت وانفجرت ولذلك تكون القرحة بودقية
ويكون قاعها متصلا بتجويف الغدد المخلوكة ويحتوى قاعها على مادة هلامية
الشكل مستديرة شبيهة بحبة الساجو المطبوخ يمكن اخراجها منها بالضغط
على حافتها القرحة وقاعها

وأما النسيج المخلوكة تحت الغشاء المخاطي وبين العضلات فتصل فيه ضخامة
وتيسس ليفي فيصير غمضا كثيفا وينشأ من ذلك تقلب جدران الامعاء
واكتسابها هيئة الأسطوانة المتوترة

(الأعراض) تختلف مدة الاعراض في الدوسنتاريا الخفيفة والخطيرة
والمزمنة ويسبقها على العموم حصول مغص وإسهال بسيط يستمر من يوم
الى يومين وربما استطالت مدة الاسبوع أو اسبوعين ويستشر
المريض بضعف وبرودة في الجسم وتزداد مدة المغص ويمود على فوب
منقاسه وتتغير طبيعة المواد البرازية ويقل مقدارها ويصعب التغوط
زحير يأخذ في الشدة مع تكراره ويحس المريض بالام حارقة في المستقيم ويضطر
للخروج الى بيت الراحة نحو البصرة أو العشرين مرة في اليوم وربما تكررت الغوط
مخوفة مرة أو ١٠ أو ٢٠ في الاربعة وعشرين ساعة بحيث لا يضر عليه
ربع ساعة أو نصف ساعة مسترخيا وقد يمتد الزحير ويصيب المثانة في أن

٤٥٠ واحد ومع تكرار الجهود والزعير العنيف لا يتجاوز الامتداد اواهيا
 نحو الممقعة المصغرة من مواد مخاطية هلامية الشكل عديمة اللون نغف
 شفاقة شبيهة بالزلال المطبوخ قليلا وفيها عروق دموية او تكون
 ممزوجة بالدم صديئة اللون ثم تنقرض الامعاء تظهر فيها مواد صديئة
 عديمة الرائحة ويزداد مقدار الدم فيها او يكون ترفيفا او على هيئة جلط
 ومحتوية على بعض أغشية دقيقة تكسيها هيئة غسيل اللحم وتحدث هذه
 الاغشية من قروح الغشاء المخاطي وتنفذ كما يثبت ذلك البش المتكرر
 عن طبيعتها الحقيقية وبعض المؤلفين ينفي ذلك ويقول بأنها نتيجة
 الافرازات الالتهابية وقد يحتمل البراز على مواد ثقيلة سائلة او ذات
 قوام وقد يسفر خروج هذه المواد مدة طويلة وقد تشاهد في البراز
 جيوب شبيهة بجيوب الساحو المطبوخ تحدث من قروح الغشاء المخاطية
 او تكون طبيعتها مخاطية وقد تكون المواد البرازية حمرا مسعرة او مسونة
 ورائحتها نكهة مغوية مخصوصة او كريهة جدا منتنة وقد يبلغ مقدارها
 في اليوم نحو لتر الى ٣ اوت

وبالبحث عن البطن توجد في الابتداء قليلة الانتفاخ والتألم من جهة وجالته
 من التيبسات وبعد ذلك تغيير مؤلمة على سير الامعاء اللينة وفي حذاء
 الحفرة الحرقضية اليسرى وبعد مضي ١٠ الى ١٤ يوما تقل المواد المخاطية
 في البرازات بسبب تلف الغشاء المخاطي ويكثر المسائل المصبل القمي او
 يخرج الصديد صورا او يكون البراز مدعما ومحتويا على شرائح من الغشاء
 المخاطي ويكون رائحته شنته جدا

والاعراض العامة تكون في الابتداء خفيفة حتى في الدوسنتاريا الخطيرة
 فلا تزيد الحرارة عن ٣٩ وليسرع النبض جدا الا في الاموال الالتهابية
 الشديدة ويشتكى المريض بالعطش ولا تفقد الشهية في الابتداء واما
 فاعطى الأعذية يحرك المخص والأسهال وكذلك شرب السوائل الباردة

ولذلك

ولذلك يجب ترجيح المواد المفاترة وتنوع الاعراض والمزيد بتنوع للدوستاريا
 في الاحوال الجنسية أو تنوع الهوى
 فان اكانت الدوستاريا منتشرة في البلاد المعتدلة تكون في العادة خفيفة
 مصحوبة بجمي لا تزيد الدرجة فيها عن ٣٨ ولا يزيد الاسهال عن ١٢ أو
 ١٥ مرة في اليوم ولكنها تحدث خافة ولخطاطا في القوي وتبدأ في مسافة
 ٧ الى ١٠ ايام والدوستاريا المنتشرة في البلاد الحارة تكون اقل من
 ذلك فتصحبها حمى تصل درجتها الى ٣٩ ويرافقها عطش نراذ وجفاف
 في الجلد وسرعة في النبض وزيادة في الاسهال والزحير والمغص والخطاط
 شديد وبرودة وتنفس وربما انتهت بالموت في مسافة نحو ٢٠ يوما وأما
 الدوستاريا الالتهابية فان الحمى تكون فيها شديدة والنفي قويا متواترا
 واللسان احمر جافا والاسهال متواترا واذا تواتر الاسهال تخطط الحى وأما
 الدوستاريا الصفراوية فيصحبها خروج مواد صفراوية بكثرة مصفرة أو
 مخضرة ويشتكى المريض بنشيان وقئ وتغصم لسانه بطبقة مصفرة
 ولا تصحبها حمى شديدة وتضعف الدوستاريا الضعيفة بالخطاط المنقرض
 والكوباء وتضعف الدوستاريا العصبية بالهذيان واليهجان وتشنج الميعة
 التي تخلج المعين وقصر الاوتاد والشكاوان الاخيران يعتبران من الاشكال
 الجنسية

ومهما كان شكل الدوستاريا فانها متى دالت الى الانتهاء الحميد تلتطف
 اعراضها ويخف المغص والزحير وتبسط المواد الثقيلة بالظهور في
 الباز وتزول المواد الحظائية والمصدريد والدم بالتدريج وقد يحدث من
 الدوستاريا نوع روماتيزم مفضل مجلسه في الغالب الركبتان ومفضل
 القدم والكتف ومفاصل الاصابع يتميز بعدم اصطحابه بالحمى
 وبحفنة الألم وظهور الروماتيزم يوقف الاسهال غالبا ويتماص الروماتيزم
 الدوستاري وربما اسفر مدة اسابيع أو اشهر وانما لا يتضاعف آثاره

حشوية كالروماتيزم المعتاد وقد يختلف عن الدوسنتاريا بضعف غديته
في الأطراف السفلى يقرب من نصف الشلل
وقد يختلف عنها أيضا التهاب في الغدة الكفية يظهر عادة مدة التقاهة
ومن المضاعفات التي تشاهد مدة سير الدوسنتاريا أو في التقاهة
التهاب ومخرجات وانتقاب الأمعاء وحصول التهاب البريتون الحاد
وأصابة الأوعية وحصول نزيف غزير أو غليظ والقمام المتقرحات
يوجب ضيق قطر القناة المعوية ويسبق الشخص عرضة للاحتباس
المعوي

وأما إذا كان الانتهاء عجزا فإن الضعف والاختطاط يستندان وتهبط
التقاطيع ويتغلغل الجسم بمزق بارد وتنتشر منه رائحة كريهة وربما انقطع
افراز البول ويتغلغل المسان والشفتان بقشور وسخنة ويجعل الفواق
ويحدث التقيؤ مدون الإمراة وينسلج الشرج أو يحصل سقوط والمستقيم
وقطير الغنغرينا المؤهسية ولكن لا تتأثر القوى العقلية غالبا ما لم تكن
الدوسنتاريا عصبية أو اقتراب الأجل فإنه يحصل الهذيان ولا يستقر
المريض بالأم وكثيرا ما تنفع الحرارة حالة النزاع

وأما الدوسنتاريا المزمنة فأنها تشاهد بالأكثر في البلاد الحارة وتعقب
الشكل الحاد غالبا وأعراضها كأعراض الدوسنتاريا الحارة فقط بدرجة
أخف فيبرز الشخص مرارا مواد عصبية أو قيحية قد تكون مدممة ذات
رائحة كريهة مخفوضة تنوع من يوم إلى آخر وبعضها زهر خفيف أو
ثقل في المستقيم وارتخاء في العاصرة وتآلم البطن بالاضط ولا توجد
ألمى مطلقا وتكون المشية محفوفة أو عديمة الانتظام أو متزايدة ومع
ذلك يتقدم الضول وقد يصل إلى درجة الكا شيكيا ويسبق المرض أشهر
أو سنين مع فترات تحسن وحدة في الأعراض وربما سعى المريض من
نفسه أو بالعلاج اللائقة ولكن ينه الأمر بالوفاة غالبا إما من تقدم
الكا شيكيا

الكيميائية أو عقب المضاعفات كخراج الكبد والالتهاب الرئوي والسل
وداء برات والاسهالات الشوية للوحشاء أو الالتهاب الأوردي أو
البريتوني

(التهنئ) الدوسنتاريا الحارة تشخصها سهل وأما المرممة فلتميزها
من الأسهال المزمن بوجود المواد الدموية والزجيج في الدوسنتاريا والبرازات
الخاطية أو العسراوية البسيطة في الأسهال

(الأنذار) الانذار خفيف في الدوسنتاريا المتفرقة ولثقل أو محزن في الرابطة
وبزيد الخطر على حسب المضاعفات ولا يحصل الخطر في الدوسنتاريا الأبد
مرور نحو أسبوع إلى ١٠ أيام في الأحوال الثقيلة ولا يحصل الموت عادة إلا
بعد أسبوعين أو ثلاثة أو أكثر

(المعالجة) متى حصلت الدوسنتاريا في جهة يلزم عزل المريض ووضع
في محل هاد وتطهير المحل والمواد البرازية بحض الفينيك أو سلفات الحديد
ويلزم تشييت المزدحمات وأمر الأفراد بلبس القانيو والتعظيم من البرد
والاعتناء في التدبير الغذائي ولا تؤكل الفواكه النضجة ولا تستعمل
المشروبات الروحية ولأجل تجنب الإمساك لا بأس من أكل الفواكه الناضجة
بمقدار قليل ويمتنع في تنقية مياه الشرب

ولأجل معالجة الدوسنتاريا بزعم البعض (فلين) إذ الانتظار مع استعمال
بعض نقط من صبغة الكينا أو جمع في الأحوال المتفرقة الخفيفة والبعض
شاهد أنها لا تنبرأ من نفسها إلا في الأحوال المتفرقة الخفيفة والبعض شاهد أيضا
عدم برئها من نفسها إلا في أحوال استثنائية وإذا عولجت بالشرط
الصحية وسرعا بدون علاج فانها تترى بالموت غالبا أو بالاسهال
إلى الحالة المرممة (ماكلين)

والعلاج الأهم الذي اعتبر أكثر المثل كونه عند الدوسنتاريا
هو عرف الذهب فيبدأ بوضع المريض في الفراش ويميل له قدر ٥°

الى ٣٠ نقطة من مسحوق عرق الذهب في قليل من صوان مناسب كشراب
البرتقال وبمضغ يوصى باعطاء ٢٠ الى ٣٠ نقطة لودائم قبل تناول
عرق الذهب بنصف ساعة لاجل منع القئ وقد لا يحتاج الامر لذلك
عند بعض المرضى وبعد اخذ عرق الذهب تلزم الاستراحة التامة مدة ٣
ساعات بالاقل واذا عطش المريض يمكنه من الجليد او تعطى له ملحقة
صغيرة من الماء البارد ومن النادر ان يشكو المريض بالقئ او الغثيان
مع هذه الاحتياطات ولجل تلطيف الخفق توضع قطعة على البطن او تبل
قطعة من القماش الاسفنجي والماء الساخن وتعمد ويرش على سطحها بعض
نقط من الزمنيتا ولا يصح للمريض بعد ذلك الابيض اغذوة نشوية
ويكرر تناول عرق الذهب بعد مضغ ٨ الى ١٢ ساعة بمقدار اقل من السابق
مع اتباع الاحتياطات المذكورة وبمضغ يستعمل من مسحوق عرق الذهب
بنقوصه (٣ الى ٨ جرامات في ١٠٠ من الماء و ٢٠ نقطة لودائم) ويعطى
منه ملحقة كل ساعتين ويعقب استعمال عرق الذهب في الثاليجفة في
الزيجو وتحسين في الاسهال وفقد المخاط والدم من البراز وعرق لئد
تقويه راحة المريض والنفس وانما تلزم المداومة على اخذ الدواء بمقدار
متناقص مدة بعض ايام حتى تكتسب المواد البرازية او صفاء الحائط
المعتادة

واذا حصل من عرق الذهب قئ مستعمل بحيث عن الكبد والطحال لانه
ربما يكون الكبد مهابا او تكون الدوسنتاريا متضاعفة بالهي المتقطعة وفي
هذه الحالة تقطى سلفات الكينا وعرق الذهب على التعاقب ويلزم عادة
تقليم الاسما قبل اجل اللجبة فيعطى زيت الخروع مع بعض نقط من صفة
الاقويون ويقوى فل عرق الذهب بعمل حقنة نشوية مسكنة لاجل تلطيف
الزيجو واذا كانت الدوسنتاريا التهابية يوصى بمضغ يوضع المريض في
حمام ساخن قدر تلك ساعة ويخرج منه محتفظا ملتصقا بالملايسر الدافئة
ويوضع

ويوضع في فراشه ثم يعطى له عرق الذهب
وأما الايوية المزعجة التي كانت مستعملة ضد الدوسنتاريا والزيق المحل
والمركيبات الايوية فانها قليلة النفع أو مضرة والفصل لا يلزم فعله
خشية الخطأ فوق المريض

ومطريقة المعلم (تروسو) هي اعطاء المريض مسحوق عرق الذهب بمقدار ٣
جرام على ٤ ورقات فيأخذ كل ١٠ دقائق ودية حتى يحصل القيح ثم يعطى
في اليوم الثلاث سلفات الصودا بمقدار ٥ الى ١٠ جرام ويكرر تطاوية كل
صباح حتى تكتب المواد البرازية هيئة الغائط وفي آن واحد تفعل حقنة
في المستقيم مركبة من نترات الفضة ٠٠٠ الى ٠٠٠ في ٤٠ ماء ولأجل لطيف
الزنجير تفعل حقنة نشوية مسكنة

ويلزم الاعتناء في التدبير الغذائي فلا يصرح للمريض الابالة والفتة
البحريز والامراق الخفيفة ومغلى سيدنام الابيض والبن الملح والماء
البنيدى

وأما الدوسنتاريا المزمنة فتحتاج لتبديل الهواء بسرعة من البلاد الحارة
الى البلاد المعتدلة وتراعى الشروط الصحية في التدبير الغذائي أو يؤمر
بالحمية البنية وحدها أو مع اللحم النيئ أو بعض نشويات مطبوخة وربما كان
ذلك كافيا لتقادم الشفا وإذا استقر الأسهال يمكن اعطاء عرق الذهب
بمقدار قليل أو سلفات الصودا في كل صباح بمقدار قليل ايضا (٥ الى ١٠
جرامات) أو يعطى نترات البزموت وساليسيلات بمقدار ٥ الى ٢٠
جراما في اليوم أو يعطى فوق نترات الحديد وبقية العقاويض كما كانت
وحضات ثنيك وخللات الرصاص وسلفات الطاس ونترات الفضة
من الباطن أو حقنة وسلفات الزنك حقنة ويقتصر في الاحوال الصعبة
على الحمية البنية وحدها أو مع اللحم النيئ وبعض نشويات مطبوخة
جيدا

(المبحث الثاني في الاحتباس المعوي)

صعوبة مرور المواد في القناة الهضمية (احتباس غير تام) أو حجزها الكلي
(احتباس تام) يعبر عنه بالاحتباس المعوي وينتج الاحتباس المعوي
بتنوع منشئه وأهم أنواعه هو الاحتباس المتعلق بتداخل الأمعاء بعضها
وكذلك الاحتباس الناشئ عن ضيق الأمعاء أو انسدادها أو ضعفها أو
من وجود أجسام غريبة فيها أو من التوائها وتفتتها أو من تشنجها
المصبي وتختلف الأعراض على حسب كون الاحتباس تاماً فتكون
أعراضه عادة أو غير تام فتكون أعراضه بطيئة والأعراض الحادة تشاهد
عادة في احتباس الأمعاء الدقاق والأعراض البطيئة تشاهد غالباً في احتباس
الأمعاء الغليظة

ولنبين المذكور تداخل الأمعاء ثم نتبعه بذكر ضيقها وانسدادها بالأسباب
الأخرى فتقول

(أولاً في تداخل الأمعاء بعضها في بعضها)

١- تداخل الأمعاء بعضها هو دخول عروة أخرى كاعترسها أصبح الالتواء
في نفسه وينقسم التداخل المعوي إلى حيوي وهو ما يحصل في مدة الحياة
وتزجي وهو ما يحصل في مدة التزعج

٢- (التشريح المرضي) التداخل المعوي التزجي لا أهمية له في الأكلينك
ويشاهد عادة عند الأطفال الهاككين بالتقلبات المعوية أو بمجرى المركز
العصبية ويتغير هذا التداخل بكونه في الغالب متعلداً أو قصيراً (انظر
٣- إلى هـ سينغز) سهل الرد بانحزب على طرفي الأمعاء وغير مصحوب بالآلام
ويمكن معرفة حصوله بانقراض معنى المعوي المعوية المتأخرت حيوية المعوي
المعوي الأخرى فتتقد العروة المنقبضة في العروة المسترخية وبشيء هـ
التداخل التزجي دائماً في الأمعاء الدقاق ويمكن حصوله من أعلا إلى أسفل
وبالعكس على حد سواء

وأما التداخل المحوي المحوي فإنه يحصل عادة من اعلا الى اسفل بمعنى ان العروة العليا تنحسر في عروة اسفل منها ولا يشاهد العكس الا في احوال استثنائية ويتميز الجزء المتداخل من الامعاء بثلاث طبقات الطبقة الباطنة وهي متكونة من الامعاء الدخلة والمتوسطة وهي متكونة من الامعاء المثنية والطبقة الظاهرة وهي متكونة من الامعاء المغدة ويوجد في الجزء المتداخل قناتان قناة مركزية متكونة من الامعاء الداخلة وقناة دائرية متكونة من الامعاء المثنية والمغودة معا وتتصل القناة المركزية بالدائرية في الحافة السفلى المثنية المحوية ويخرج عن هذه المثنية بللبار أو المكبس وتنتهي القناة الدائرية من اعلا في الزاوية العليا المتكونة من الامعاء المثنية والامعاء المغودة وهذه الزاوية تسمى باسحق وبالتامل في الجزء المتداخل يوجد الغد ملاصقا للامعاء المثنية بواسطة الغشاء المخاطي وان الامعاء الداخلة تلاصق الامعاء المثنية بواسطة الغشاء المعصلي والمساريقا طبعا تتبع الامعاء الداخلة وتكون مضغطة لاسيما في حذوها الصنوق وقاد يخرج جذباها على الامعاء الداخلة فتكتسب فتحتها للمركزية تقعرها واخرافا مواجها لحمل اندغام المساريقا فيها فقعر خفيطة بدلا ان تكون مستديرة ويكون التداخل المحوي عادة بسيطا وقد يكون مقعدا اعم شاذلا لنقط مختلفة من الامعاء وقد يكون غير تام بمعنى أن الامعاء لم تنحسر الا في جزء من جدرانها فقط ولكن التداخل الغير التام المذكور ينتهي بضرورة تاما عادة وقد يزودج التداخل بمعنى أن العروة المحوية الموجودة اعلى من الجزء المتداخل تنحسر في قناته المركزية بصفة تداخل آخر وربما حصل تداخل ثالث في القناة المركزية للتداخل الثاني وان كان ذلك استثنائيا ولا يكاد يشاهد التداخل المزودج والثلاثي الا في الامعاء الغليظة عقب التداخل اللغافي الاعوي وفي النادر يزودج التداخل بالعكس بمعنى ان الجزء المتداخل أولا من اعلا الى

اسفل يتداخل في الامعاء فوقه بالعكس

وطرق حصول التداخل المعوي عديدة فاذا وجدت اورام بوليبيدية مثلا
في جدار الامعاء يحصل التداخل يجذب الورم عليها ثقله او بسبب ضغط
المواد الثقيلة عليه ودفعه الى اسفل واذا حصل شلل جزئي في الامعاء
يتداخل الجزء السليم والجزء المشلول او بالعكس وكذلك اذا حصل انقباض
تشنجي في جزء من الامعاء يحصل التداخل في هذا التشنج ويحشر الجزء
التشنجي والجزء السليم او بالعكس (نوتاجل)

وبالنظر لجلس التداخل المعوي فانه يمكن مشاهدته في جميع اجزاء الامعاء من
ابتداء الاثنى عشرى لغاية المستقيم لكنه اكثر حصولا في هذا الاور
ويسمى بالفتاق الاصوري والحافز السفلي لقناة المركزية فيه تكون
مكونة غالبا من صمام بوهين او تكون مكونة من الفتائف وبعد
التداخل الفتائقي الاصوري في الاغلبية (١٢٢) ياتي التداخل الفتائقي
(١٢٣) ثم القولوني (١٢٤)

ومع ابتداء التداخل المعوي فانه يميل الى التزايد بسبب تراكم المواد
الثقيلة خلفه ويمنعها على الامعاء ودفعها لها على الدوام ويقوى
تأثير دفع المواد اذا كان السبب في التداخل المعوي وجود ورم فان
ثقل الورم ودفع المواد عليه يوجب جذب الامعاء المتداخلة واستداد
التداخل وكلما تقدم التداخل المعوي فان الغند المعوي الذي كان
عنقا يدخل ويكون جدار القناة الدائرية وقد يصل امتداد التداخل
الى درجة كبيرة لاسيما في القولون وربما تقدم الاعور داخل القولون
الى غاية التعرج السيفي او ربما دخل في المستقيم ووصل الى الشرج او
سقط منه وظهر الى الخارج بقدر بعض سنقر الى نصف متر (الشوش)
ويتسبب من تداخل الامعاء لاسيما اذا كان مزدوجا اضطراب في دورة
الجدار المعوية تشاهد اولافى الامعاء الداخلة فتمتحن وتتفتح الى
تلتب

تلتهم وتلتهم جدر الأجزاء المتداخلة ببعضها ويستمر التداخل معصوبا
بالضيق المعوي في حالة مزمنة أو تنضبط الأمعاء المتداخلة تحت غيرها
خصوصا في هذه الضيق ويتسبب من ذلك وقوف الدودة فيها ولحساسها
وروقها في الضغينة وانقباضها التام أو سقوطها في القناة المعوية
تحتها وخروجها في البراز ويعد ذلك انتهاء حميد متى أعقبه سلوك
القناة المعوية وحصوله الشفا ولكنه قد يتسبب عنه أضرارا وعائية
بعضها تزييف غزير أو خطر أو ينقب البريتون في هذه عنق التداخل
إذا لم يتم الشفاء من قبل أو تنكش الندبة وتزد العروة المعوية بقوة
وتعترض الشخص لموارض الضيق والانسداد المعوي

وينشأ من تداخل الأمعاء ضيق قطرها أو انسدادها وهبوط الأمعاء
تحت التداخل واستفاحها فوقه بدرجة مختلفة وقد يصل الانتفاخ المعوي
إلى درجة توجب دفع الحجاب الحاجز إلى الأعلى وتحويل القلب
وعوارض التداخل تتضمن التهاب البريتون وانتفاخه والارتفة المعوية
والامتناسل العبدري أو العفن

(الأسباب) يشاهد التداخل المعوي عند الأطفال بنسبة نصف الأحوال
أو أكثر ويشاهد بقدر الربع بين سن ٣ و ١٢ شهرا والأغلب بين سن
٤ إلى ٦ أشهر ونصيب الأطفال الذكور أكثر من الإناث كنسبة ٣ إلى ٢
(المن) ويندر التداخل بعد سن ١٢ سنة ويشاهد في الكهولانية عند النساء
أكثر من الرجال

ومن الأسباب المهمة السقوط والضربات على البطن وحمل الأثقال والامساك
والإسهال والدوسنتاريا وأورام الغشاء المخاطي كالبوليبيوس تساعد
على حصول التداخل المعوي وقد يضاعف التداخل ضيق الأمعاء
(الاعراض) قد تنقسم الاعراض إلى دورين دور الألام ودور الاضطراب
ويشترك التداخل المعوي عادة بالمشد يدحول السرعة يوجب صرخا

الطفل وربما تسبب عنه التشنج العام ويوجب التواء المرفق وتقرح في
الارض في حالة شجر ويتلطف الألم ويعود فأانيا على هيئة فوب ويتناقص
أو يزول إذا قرب الأجل ويصعب الألم عادة فيقع ويكون القنوط في الامتداد
مكتوفا من المواد الثقيلة الموجودة في الطرف السفلي من الامعاء ثم ينفصها
خروج مادة مخاطية مدممة أو دم صرف ويستمر الامساك بعد هاتين وتزفي
البطن أو تنتفخ استقاخا طيليا

ويحس جدر البطن يحس فيها بوزم يصحب تحديده إذا كانت البطن
متنفخة أو مضطربة أو كانت جدرها متوترة وفي هذه الحالة يمكن تشخيص
المريض الكوروفورم لأجل استرخاء جدر البطن وتحديد هيئة الورم
الذي يكون منابر الشكل يختلف طوله باختلاف درجة امتداد التدخل
المحوي وبالقرع عليه يوجد اصحا ولكن لا يتيسر تحديد الاهمية إذا
كانت البطن متنفخة ويختلف مجلس الورم باختلاف نقطة التداخل
ويكون غالبا في الكفزة الحرقفية اليمنى ويكون محاورا للسرعة اعلا أو
اسفل منها أو على يمينها أو يسارها وإذا كان في الكفزة الحرقفية اليسرى
فأنه لا يستقر ثابتا في محله بل يتغير مجلسه كلما امتد التداخل بطول الامعاء
الفليظة فيحس به اعلا السرعة أو بجوارها ثم يمدخول الكفزة الحرقفية اليسرى
وإذا وصل الى السقيم يحس به بالعرض في القسم لكثلي ويكون مرنا دخلا
أملس ولكنه يتوتر ويتفخم مدة المنص

وبالحس المستقيم توجد العاصرة مرغية بحيث يسهل ادخال الأصبع
وتوجد شياطة الطبيعية مقبودة فيصير أملس وربما وصل الأصبع الى
لكزة المتداخل من الامعاء فيحس به على هيئة ورم رخو مستدير في
وسطه فتحة القناة المركزية الشبيهة بفتحة الورم ويحس بالقناة
الدائرية حولها بحيث يمكن تتبعها بطرف الأصبع ولا يتلوث الأصبع
مدة الحس بمواد ثقيلة بل يتغطى بطبقة من مواد مخاطية مدممة وإذا
وصل

وصل المتداخل المعوي الى غاية الشرج وبرز منه تيسر مشاهدة بالعين
 وكلما تزايد احتقان الامعاء المتدخلة يتناقص قطرها ويزداد الاحتقان
 الوريدي ويحصل نزيف فيخرج الدم من المستقيم مختلطاً بمواد مخاطية أو
 يكون الدم غزيراً محمراً لاسوداً ولا يحصل النزير الا اذا وصل المتداخل
 الى المستقيم واذا كان المتداخل في الاثنى عشرى ربما يحصل القيئ للدم
 ومتى انسدت الامعاء المتدخلة تشاهد اعراض الانسداد المعوي
 التي سنذكرها قريباً وتتفخ البطن ويحصل القيئ البرازي وتهبط القوى
 ويهلك المريض بسرعة واذا تضاعف المتداخل المعوي بالتهاب البريتون
 أو انتقلت الامعاء تشاهد اعراض الانسداد المعوي التي سنذكرها
 قريباً وتتفخ البطن ويحصل القيئ البرازي وتهبط القوى ويهلك
 المريض بسرعة واذا تضاعف المتداخل المعوي بالتهاب البريتون
 أو انتقلت الامعاء تشاهد اعراض الالتهاب البريتوني الحاد التي
 نجل على المريض

ودوام النزيف يدل على عدم حصول الفترية في الامعاء المتدخلة
 والاستثناء في ذلك قليل ومتى ابتدأت الفترية يمكن الاستئثار
 براحتها في مواد البراز أو يخرج بعض اجزائها معه وقد يخرج الجزء
 المتداخل جميعه وقد شاهد المعلم كرويليه سقوط قطعة من الامعاء
 متفترقة طولها ٣ امتار ويمكن تعيين طبيعة الجدار المعوي تقريباً
 بواسطة البحث الميكروى وانقصال الامعاء المتكرزة يشاهد
 عادة في مسافة ١١ الى ٢٢ يوماً وانقصال الامعاء الغليظة يحتاج
 الى مدة اطول من الامعاء الدقيقة واذا كانت الحالة حميدة يعقب
 انقصال الامعاء المتكرزة حصول الشفاء ولكنه قد يتسبب عنه نزيف
 خطر أو اشتقاب الامعاء وحصول التهاب بريتوني حاد أو خيق معوي
 أو يحدث من النقيع امتصاص مديدي أو عفن أو تتكون سدس سيارة في

الأوردة المسارية ربما وصلت إلى الاحشاء لاسيما الكبد وأوجبت
التهابات عفنة

ثم إن سير المرض ومدة يختلفان باختلاف درجة الضيق فقد يهلك
المريض في مسافة بعض أيام في دور الاخطاط الذي يطول من اليوم الرابع
إلى السابع وهذا ما يعبر عنه بالتدخل الحاد ويشاهد بالأكثر عند
الأطفال وفي دور الاخطاط تحف الآلام وتصرف ويقف القيء والقيء
وقد يكتب المرض سيراً بطيئاً وربما استطالت مدته بعض أسابيع أو
أشهر أو سنين وهذا ما يعبر عنه بالتدخل المزمن ويشاهد بالأكثر في
التدخل المزمن المزمن وربما انتهى التدخل المزمن بفقرينا
الأمعاء وانفصالها فيتعرض المريض للمواري التي سبق بيانها
ومن المشاهد أن التدخل المزمن قد يحصل مرة تسهل نكساته فلا
يؤمن إلا نادراً بعد الشفاء ويلزم الدول على مراعاة الشروط الصحية
الموافقة

(التشخيص) تشخيص التدخل المزمن لا صعوبة فيه متواجبة أعراضه
المهمة كالآلم وتبرز مواد مخاطية مدمية سائلة والورم المتباري وأعراض
الضيق المزمن وحيث إن هذا المرض أكثر حصولاً للأطفال فتح شوهاء
طفل يشكك بعض نوب وكانت مواد البرازية مخاطية مدمية يبادر بالبحث
عن بطنه جيداً لاستكشاف الورم ويجلس المستقيم لأجل الوجود
إلى التشخيص ولا يلتبس التدخل بيوليوس المستقيم فإن الجس بالأصبع
يفرق بين شكل البوليوس والأمعاء المتداخلة ولا يلتبس التدخل
بيوليوس المستقيم فإن الجس بالأصبع يفرق بين شكل البوليوس
والأمعاء المتداخلة ولا يلتبس التدخل بالدروسنتارة ولا بسقوط
المستقيم ولا بالتهاب البريتوني العام بالنظر لوجود أعراض الاحتباس
المزمن

(الإنذار)

(الانداز) انداز الداخل المصوع ثقيل لأن الوفيات فيه تقبل الى ١٠
واخطار شق وكسامة عديدة واذا انتهت بالضرر وانقضت الامساك
النداخلية يسفر المريض عرصة للتعريف والالتهاب الجيتوني ومبق الاسط
من تلك الاطفال المصابة غالبا بالاعطال والهبوط وتلك الكهول من
الالام والوجع والعوارض الطارئة

(المحكمة) تعالج الالام بالمركات الافيونية فيعطى للكهل كل ساعة مقدار
١٠٠ سنتغرام من الافيون حقا يتقدر ويعطى للطفل من نقطة الى ٣ او ٥
من صفة الافيون كل ساعة مرة حقا يسكن

ولاجل رد التداخل يستعمل الحقن من المستقيم بواسطة الاندروكليس
ويمنح استعمال الماء القراح الداف بمقدار ٢٠٠ مع الاستمرار حقا
من ثقب الامعاء وبمضمون يرفع فعل الحقن بمدت ١٠٠٠ المريض بالكولون
ومخرج الحقن وجعل الرد تسمع له فرقعة ويتبع خروج الغازات والولاد
من المستقيم بمقدار وافر

ويمكن استعواض الحقن السائلة بالحقن الغازية بواسطة انبوبة
طويلة تدخل في المستقيم بعيدا وتوصل بالحقنة او بواسطة المنفاخ
المعتاد وتقاط فحة الشرج باللفظ او بالنسالة ويثبت بالشمع لاجل
منع خروج الهواء ويمكن استعواض الهواء بغاز حمض الكربونيك

الذي يصير تخفيفه بواسطة امتزاج في كربونات الصودا وحمض
الطربريك في دورق يتحول بانبوبة مرية تنتهي في انبوبة المستقيم
(ارسانوب) والململ سيمون يوصى بحقن محلول في كربونات الصودا
مقدار (٥ جم للكهل) في القولون ثم بحقن محلول حمض الطربريك
بعده (بمقدار ١٨ جرام للكهل) فيتولد من ذلك غاز حمض الكربونيك
في الامعاء بمقدارة تترت ولاحل تحب القود الهوائية الذي يحصل
من سرعة تكوين الغاز الكربوني فحصل حقنة حمض الصوديوم بالتدريج

مقدار قليل متكرر ولاجل تسهيل نفع الغاز يمكن تنويم المريض
بالكطور فورم لتسترخي جدر البطن ولايتلم المريض وبمضمون يرفق
مطلقا وبفعل النفع بلطف تدريجا

واذا كان التداخل في الامعاء الغليظة يمكن رده بمجسس رخو مطلق
بالمجسس يدخل في المستقيم ولكن رجوع التداخل بعد رده سهل ويحتاج
الامر لا بقاء المجلس في محله مدة لأجل تأكيد النتيجة

واذا لم يرتد التداخل بهذه الوسائط يبادر في فتح البطن ورده
بالميد قبل حصول الموارض الالتهابية والالتصاقات او الغشريات
واذا امتخت البطن بعد ظهور هذه المضاعفات يجب استعمال الحقنة
المصنوعة من الامعاء وفعل شرح صناعي ويمكن اجراء العملية الجراحية
عند الكحول والاطفال سواء

واذا حصل انسداد في الامعاء تفعل الوسائط العلاجية التي
سندكرها في هذا المرض قريبا

ولا يصح للمريض المصاب بالتداخل المعوي الا بالاعذية المسألة كاللبن
والامراق والبيض الرشيت والقهوة باللبن والبنيد ولاجل تسكين
المغشش تقطع قطعة صغيرة من الجليد يستعملها المريض ببطم
(ثانيا في ضيق الامعاء وانسدادها)

(الاسباب) الاسباب التي توجب ضيق الامعاء قد تحدث انسدادها
مقزاة تأثيرها بدرجة كافية وتخلق هذه الاسباب اما
بتجويف الامعاء او بجدرانها او بالاعضاء المجاورة لها

اما تجويف الامعاء فقد تراكمت المواد الثقيلة فيه وتكاثفت وينشأ
من ذلك الامساك المستعصي وربما حصل ذلك عقب الافراط
في الأكل واكل الفواكه الغضبية والخضراوات اللبنيّة ونحوه
ذلك او يكون السبب في ضيق الامعاء وجود اجسام غريبة كالصفا

الكبدية

الكبدية الكبيرة التي تصل الى الامعاء بواسطة ناصور أو الحصية
المصغرة التي تلحق ببعضها بالمواد الثقيلة وكذلك الحصيات الثقيلة
التي قد يبلغ حجمها الى بعض ارجل والدندان التي تتكون في الامعاء
وقد تصل الاجسام الغريبة الى الامعاء بواسطة المعدة او بواسطة
المستقيم

وأما جدد الامعاء فينشأ عنها الضيق إما بسبب آفة مادية كالقولنج
الغريبة والبوليوسية والسرطانية والايدياتية والبواسير الباطنة
واثر الانقحام والضمامة أو تضيق جدد الامعاء باضطراب عصبى مركزى
أو دائرى كالشلل الذي يقيى صدم البطن ورد الفتوق وتدخل الامعاء
واثناءها والتولها التي تفقد فيها المشاهد بالاكثري في التعرج السيخ
والامعاء الدقيقة بسبب طول المسار فيها وتحركها وحشر الامعاء فيشق
أو تجويف طبيعى أو مرضى وقد تشاهد هذه الفتوق الخفية في
الثوب والمثانة والرحم والحجاب الحاجز وغو ذلك وقد تنحسر الامعاء
في تجويف وينسلو ويسمى ذلك بالفتوق الباطنة وكذلك الفتوق
الظاهرة تترص المعوي بها تضيق الامعاء وانسداده

وغير ذلك قد تكتب الامعاء اتجاها معيبا عقب التعاقبها بالأعضاء
المجاورة أو اغصانها خلف بعض الاجلحة التي تقب التهابات البريتون
والاعضاء المجاورة أو الختام طرف الزائدة الدودية يجدد البطن وانزلاق
الامعاء تحتها وزد على ذلك انسداد المستقيم الحلقى وفقد الشرج
وأما آفات الاعضاء المجاورة التي تقع على الامعاء وتضيق عليها أثر
سدها فأنها أورام الكوى والرحم والمبيض والمثانة وبقيّة الاعضاء
البطنية وضمامة البروستاتا وانشاء الرحم الى الخلف وقد يحصل
الاضيق من تليسات المهبل او من الامعاء الممتلئة بمواد ثقيلة صلبة
على الامعاء المجاورة لها او من التشويش المتخل بشحم مضطرب

وليشاهد ضيق الامعاء وانسدادهما في جميع الاعمار وانما يتنوع السبب
على حسب السن فحند الطفل يكثر تدخّل الاسماء والقواها والبوليوس
المعوي ويند عنه حصول الكسفات الكبدية الثقيلة الحاصلة بكثرة
عند الكهل ولا سيما المرأة وأما عند الشيوخ فالمشاهد بالاكثرة الانسداد
المستعصى والمعيشة الجلوسية والافراط في الخضراوات مهية لضيق
الامعاء وانسدادهما

وقد بينت الاحصائيات ان الحفيزات بانسداد الامعاء في قهقهة راتيلغ
ولحدوا ونضفا في المائة

(التشريح المرضي) الاوقات التشريحية في الضيق او الانسداد المعوي
على نوعين فمنها ما يكون مجلسه في الامعاء ومنها ما يكون في الاعضاء الأخرى
فاذا انسدت الاسما في اى نقطة لا بد ان يتقد الجزء الذي هو أعلى
من هذه النقطة لتراكم المواد والغازات فيه وأما الامعاء التي هي أسفل
النقطة للصيانة فتصير فارغة منقبضة أو ضامرة واذا اصاب الاثنى
عشر بالانسداد فإن المعدة والمرئ يتقدان جدا وتكون المواد للتركة
فوق النقطة المنسدة حالاً من الامعاء صلبة او رخوة وتكون المواد أعلى
منها سائلة وغازية واذا تكاثرت المواد وقلت مقاومة الأمعاء ربما
تتمزق جدرانها واذا عذت الاسماء بطريقة حادة تكون جدرانها باهنة
ورقيقة وأما في التقد البطيء المزمن فإن الطبقة العضلية تكون
ضخمة وربما تباعدت اليافها عن بعضها وبرز الغشاء المخاطي بينها
على هيئة جيوب ويكون ملتصبا أو متقرحا او تشاهد فيها ايكويرات
وانزفة دموية تكون أكثر وضوحا بجوار النقطة المنسدة ويعصب ذلك
في الثآليل التهابا يرتفع عذود أو عام يحصل بالمجاورة أو عقب تمزق
الاسماء أو اشتقاقها

وأما اوقات الاعضه الأخرى فأكثرها حصول الالتهاب الرئوي الاندراخي
والمراد

والمراد به الالتهاب الذي يعقب دخول المواد الثقيلة في الحنجرة ووصولها
الى الرئة مدة القئ ويعرف هذا الالتهاب بالرئة الغائصة ووجود
اجزاء مواد القئ في الشعب يمكن تعيينه بالميكروسكوب وتكون بقية
الاعضاء جافة بسبب قوّة القئ وقد يصل الى درجة الجفاف
الكثير

(الاعراض) اعراض ضيق الامعاء تكون في الغالب بطيئة مزمنة بخلاف
اعراض الانسداد فانها تكون حادة سرية واهما في الحالتين هو
المغص والامساك والقئ وانتفاخ البطن

أما الضيق المعوي فاعراضه المهمة هي الامساك والألم وفي النادر القئ
أما الامساك فانه يكون في المادة مستحصيا ما لم يقتصر المريض على
تعالى الاغذية السائلة واجتناب الخضراوات والفواكه الصلبة المضم
والخبز والبهارات فاذا افترط في تعالى هذه الاغذية العسيلة ربما
تسد الامعاء في حذاء الضيق وقد يحصل الانسداد من بذور أو فوى
الفواكه وقد يجل الأسهال بهذا الامساك كما يشاهد ذلك في بعض
انواع الضيق المعوي المتعلقة بزهرى المستقيم او سرطان فاذ تعجم
العشاء المخاطى من المواد المتراكمة فوق الضيق يوجب التهاب وكثرة
افرازاته المخاطية الصديدية التي تجزى جوارها ربما تلتبس بالأسهال وقد
تكتسب المواد الثقيلة اشكالا مخصوصة لاسيما اذا كان مجلس الضيق
في انتهاء الامعاء الغليظة فانها تكون مبطنّة شريطية أو اسطوانية
دقيقة أو مستديرة صغيرة كيعر المعز والغنم أو يكون فيها خز واضح
بسبب مرورها على ورم بوليبيوى مثلا

وأما الألم فيتشعر به المريض في حذاء الضيق خصوصا اذا كان الضيق في
الامعاء الغليظة أو في المستقيم وينشأ ذلك الألم من التهييج الميكانيكى
الحاظر من المواد البرازية على العشاء المخاطى في حذاء الضيق ويصح

الآلم الموضي المذكور منفى معتاد يأتي على نوب وتعبه قراق وفي مدته
 يمكن الاحساس بحركة الامعاء الديدانية وتجمع المواد اعلى الضيق المعوي
 على هيئة ورم رخاا وعلب يتالم المريض بالضغط عليه
 ومن المهم تعيين محل الضيق المعوي وما يسا عد على ذلك اعتبار
 النقطة التي فيها الآلم المستمرة فأنها تكون بين السرة والمعدة اذا
 كان مجلس الضيق في الامعاء الدقيقة وتكون اعلى من السرة اوفى أحد
 الحيين اذا كان الضيق في الامعاء الغليظة ويجس لها صرتين باليد
 جثا استقصا يمكن الاحساس باستلاء الامعاء بقرب الضيق
 وبهذه الكيفية يمكن تعيين مجلسه في القولون الصاعد او النازل ويجس
 الحفرة الحرقنية اليسرى يمكن الاحساس بمجلسه في التعرج اليسرى ثم يضل
 الجس المستقي بواسطة الأصبع لاجل تعيين الضيق الذي يجلسه في
 المستقيم وقد يستعمل الأصبع بالجس المرى ذى الزر لتشخيص ضيق المستقيم
 وانما استعمال الجس يحتاج الى احتراز رائد لأنه ربما ادى الى الفط
 بسبب وقوده في احدى ثنيات المستقيم او عثوره امام بروز المفصل
 المعوي الفعري — وأما المظار المستقي فلا يفيد في التشخيص
 هنا كما الحقن في المستقيم فأنه وان مفيدا في تشخيص الاسهال المعوي
 الا أنه لا يدل على مجلس الضيق بالتحقيق لأن السائل قد يمر من الضيق
 فتها لنا ان مجلسه بعيد على غير حقيقة
 والمعلم سيمود يوصى بانحال اليد أو الذراع في المستقيم بعد تنويم
 المريض ما ككرو وروم لاجل تعيين مجلس الضيق الواقع ولكن يحتاج ذلك
 البحث الى يد صغيرة واحتراز كبير لئلا يتفرق المستقيم
 ويمكن فعل الجس المهبل بالأصبع لاجل تعيين الضيق المعوي المجاور
 الاعضاء التناسل والضيق المنسب عنها ويتم هذا الجس بالضغط على
 جدد البطن باليد اليسرى امام الاصبع الداخل في الرحم لاجل الوقوف

على حالة الامعاء الموجودة بينهما
ثم ان سير الضيق المعوي ومدة يتلقان بنوع السبب والدقة والتدبير
الغذائي وقد يستقر المريض مدة سنين متمسكاً بصفة متوسطة ومنه
هاده بدون حمى مستريحا والنوم ظليل اللسان جيد الشهية ولكنه لا
يزال عرضة للخطر أو يطرأ عليه عارض يوجب استحالة الضيق الى حالة
الانسداد فيتعرض المريض للخطر

وأما الانسداد المعوي فهو مرض خطير وله اعرافه الامساك وحبس
الارياح والقيء الفانطلي

أما الامساك فيكون مستعصيا ويسبقه خروج المواد الموجودة اسفل
الانسداد وحدها أو بعد الحقن في المستقيم وأما حبس الارياب فإنه
مهم بحيث انها متى خرجت مع الحقن المستقيمي فيحكم على ان الانسداد غير
تام وأما القيء الفانطلي فإنه يشاهد اذا استمر الانسداد المعوي زمنا
من بعض ايام الى ١٨ يوما (فريمان) او ٤٤ (هوسلين) ويتكون مواد القيء
ابتداء من مخضلات المعدة ثم تكون صفراوية وتنتهي بأن تكون من مواد
الفانطول ولها رائحة وهيئة وربما بلغ مقدار القيء الى بعض ارطال
في اليوم وبالبحث الميكروسيكون عن مواد القيء توجد فيها بقايا الاعذية
وخلايا بلاطية وخلايا جيبية فطرية ولا يشاهد القيء الفانطلي في

انسداد الامعاء النليظة فقط بل يشاهد ايضا في انسداد الامعاء الدقيقة
بقرب الأعور لأن مخضلات الفانطلي تشبه مواد الفانطلي ومن استطاعت
مدة الانسداد فإن المواد الثقيلة تنقل في القيء فيصير ما ساما ما شبيها
بماء الرز ومحتويا على نطف متكونة من الخلايا البشرية للامعاء ومن قرب
الموت يبطل القيء ويحصل الفواق المتعب

واختلفت الآراء في تفسير حصول القيء الفانطلي ولكن المحقق الآن
ان صمام (بوهين) لا يمنع تصهر المواد الثقيلة لأن عدد الأعور يوجب

انفتاحه ثم يحصل حركات معوية ضد ديدانية قلب الحركات الديدانية
وتوصل المواد الى جهة المعدة

أما أوصاف البطن في الانسداد المعوي فانها تشبه ضيق الاسماء فيما
سبق شرحه فيها وتكون هنا اشد وأكثر وينبوعا فيض باستفاح الأضام
وعلاها على الانسداد وتكون النقطة المعصابة مؤلمة جدا ويحصل
منه نفوس مصحوب بقراقق وانقباض معوي ديداني يستشعر به تحت اليد
واذا كان استفاح البطن غير مفرط يمكن تعيين محل الانسداد بالجبس
والاحساس به على هيئة ورم متوتر أصم تحت القمع ويمكن الاستدلال
بالجبس الدقيق والرحى

وبالتقليل كثرة القيح يقل البول او يفقد ويحتمل على النيلة (جاف)
ويقع المريض في أخطاط وهبوط زائد وتغير تقاطيع الوجه وتغير
الآعين وتحاط بهالة خدرقة وتدف الأنف ويضعف الصوت او ينفق
كأشهاد في الكوليرا وتفقد مرونة الجلد وتسقط الشنيات التي تفضل فيه
بالقرص وتبرد الأطراف وتغير مظهره ويحصل اختلاج في سلة الرجل
وتنتشر من النفس رائحة كريهة غائضية وأما الحواس فانها تسفر
محفوظة

وسير الانسداد المعوي ومدته مختلفان فقد يهلك المريض عاجلا فجأة
بأنيميا الخ (ايشورست) وقد يستمر بعض اسابيع وذلك في النادر
حدا وقد يحصل الموت من زيادة استفاح البطن وضغطها على الأعضاء
الصدئية أو يهلك الشخص من الموارض الكثيرة التي تظا عليه كحرق
الاسماء في حذاء الانسداد وحصول الالتهاب اليربوني العام أو
يحصل ذلك الالتهاب بالمجاورة وربما كان سيرة كامن بحيث لا يظن وجوبه
وقد يهلك المريض بالامتصاص الصدري أو النعس أو تضباب الأوردة
وتحدث سدد سيارة عفنة يعقبها خراجات حشوية تجل بالهلاك
والشفاء

والشفاء في الانسداد المعوي نادر وقد يحصل بنفسه أو بالمعالجة مثال
الشفاء الذاتي انه قد تعلق الامعاء بحد البطن وربما عقب ذلك تكون
شرح غير طيب ينجر للردي بواسطته أو تلحم الامعاء للسدودة بهوة موهبة
استقر منها ثم بعد اتصالها تخرج المواد من المستقيم واذ حصل الالتصاق
المعوي مع المثانة أو الرحم ربما تخرج المواد المختصة ايضا من المثانة
أو الرحم وعلى العموم خروج الغازات والمواد الثقيلة ووقوف القيح
معان بالشفاء وبعدها تعود الصحة والقوى بالتدريج وقد يشاهد
سبب الانسداد في المواد اذا كان جصا غريبا أو ورما مثلا
(التشخيص) تشخيص منق الامعاء وانسدادها سهل في الغالب
وانما الصعوبة في تعيين مجلس الآفة واسبابها

أما تعيين مجلس الآفة فيحتاج فيه الى الاعتناء في البحث عن البطن
ظاهرا وباطنا وعلى رأي المعلم (جاف) يقال ان وجود النيلة في البول
علامة مهمة في تشخيص المجلس لأن المادة النيلية تحدث من تأثير المصبي
البنكرياسي على المواد النزالية وتخرج من العائط فاذا حصلت صعوبة أو
اعاقة في سيرها في الامعاء تمتص وتخرج مع البول ويزداد مقدارها في
منق الامعاء الدقيقة وانسدادها ولا تشاهد في اصابة الامعاء الغليظة
وانما قبل الحكم بذلك يجب التحقق من عدم وجود الاسباب الأخرى التي
يصحبها ظهور النيلة في البول كالالتهاب البريتوني وسرطان الأمعاء
والمستقيم

ثم ان اصابة الامعاء الدقيقة تصحبها اعراض أكثر حدة وكبد القيح والآلام
فيها اشد والانتفاخ البطي اقل درجة منها في اصابة الامعاء الغليظة وقد
لا يصحبها انتفاخ بطي بالكيفية أو يكون الانتفاخ مقتصر على القسم حول السرة
مخلاف الانتفاخ في اصابة الامعاء الغليظة فأنه يعم البطن والقولون
حيث تصير البطن مريضة وتمتلئ بالغازات اذا كان الانسداد في

وسط القولون فإن الخاصية اليسرى تبقى هابطة بالنسبة لخاصية اليمين
ويمكن التحقق من حالة الاستواء في الخاصيتين بوضع إحدى اليدين خلف
الخاصية وفعل الجسم بمساعدة اليد الأخرى من الأمام وبخلاف ذلك قامت
الأعراض العصبية أكثر وضوحاً وقد البول أم كلما كانت الإصابة شديدة
في الأضواء الدقيقة ومع ذلك هذه الملاحظات لا تكفي لتأييد التشخيص

والمعلم يهتدون برؤى انه يمكن تعيين مجلس الاحتباس في الأضواء الغليظة
بالنظر لمقدار السائل الذي يمكن حرقه في المستقيم فكما كانت الامتلاء لهذا

العضو أقرب كلما قل مقدار السائل الذي يتيسر وفيه في الأضواء
وأما سبب الآفة الموجبة لغرق الأضواء أو انسدادها فإنه يسهل تعيينه
فيما إذا أمكن الوصول إليه بالجسم المستقيم أو المهبط إذا كان السبب حقيقاً
ظاهراً محسوساً أو إذا شوهد خروج الجسم الذي كان محسوراً في الأضواء
كالخصيات والأورام والأجسام الغريبة

ويستدل على التداخل المعوي بكثرة حصوله عند الأطفال وخروج المواد
المخاطية المدمجة من المستقيم واسترخاء عضلة العاصرة ويستدل على
بوليوس الأضواء بخروج المواد المخاطية المدمجة من المستقيم أيضاً ويمكن
الاحساس بالورم بالجسم ويستدل على احتباس المواد الثقيلة بالاستئصال
من سواق المريء وقلطات التدبير الخدائي أو تسوده على الأمعاء من قبل
وأما تقواء الأضواء والفتوق الباطنة فيفسر تعيينها واستئصالها ويمكن
الاستدلال على مجلسها بالألام المؤلمة المستمرة في نقطة محددة ورجو
الورم المعوي الأسطواني وشكل البطن الحز كاسق شرجي في الأعراض وتظهر
هذه الأعراض فجأة في حالة الصفة الثابتة فيزها عن الاحتباس الناشئة من
الأورام الخبيثة ويميز الانسداد المعوي بالأسماك المستعصية والاعتناء
أرياح أكمل والقيء البرازي وقد يشاهد القيء البرازي في التهاب البريتون
الذي لم يصعبه انسداد الأمعاء ولا يلتبس الانسداد المعوي بالانسداد البرازي

أو الكوليرا

او الكوليرا او التهاب البريتون بل باعتبار سوابق المريض ووجود الحمى
والتشريح المرضي معين التشخيص

(الانتذار) مقدار الضيق المعوي اقل خطرا من انسداد الامعاء لانه للصاب
بالضيق قد يعيش مدة مديدة مع مراعاة الشروط الصحية والتدبير الغذائي
المناسب واما انسداد الامعاء فهو حزن عادة لاسيما اذا كان السبب عضالا
كالسرطان ولا يحصل الشفاء الا في بعض الاحوال الحميدة

(المعالجة) التدبير الغذائي هو الاهم في معالجة الضيق المعوي فلا يصح
للمريض الا بالاعذية السهلة الهضم والامتناع كاللبن والبيض
والامراق واللحم البضاء والشرب الماء البارد والبراق والكونياك
وليس تجب الافراط ويعتق المريض بالمضغ واستظام التفوط يوميا وهداية
الاسماك بما يوافق ولا بأس من التوجه الى ينابيع المياه المعدنية المواتية
للآفات المعوية كماء رينباد وهو بولرج وكينجني واذا كان متعلقا
بتراكم وجفاف المواد الثقلية تقطع حقن مستقيمة يكون السائل فيها
كبير المقدار وتكرر الحقنة مرتين او ثلاثا في اليوم عند اللزوم لأجل
ذوبان المواد الثقيلة وتبديدها ويمكن استعمال المسهلات الشديدة فيعطى
مثلا مثل السنامكي المركب ١٨٠ ج وسلفات الصوديوم ٢٠ ج كل ساعتين بملقعة
كبيرة او يوط زيت الخروع ٣٠ ج وزيت حبة الملوك ١٠٠ ز سنقي والصمغ
٧ ج وماء مقطر لأجل فعل مسهل بقدر ١٨٠ ج يحل بشراب السنامكي
٢٠ ج كل ساعتين بملقعة كبيرة وقد يمكن ادخال الاصبع والمستقيم والوصول
الى المواد الثقلية وتخزينها أو تستعمل الملقعة المخصوصة لذلك أو يدخل
في المواد طرف انبوبة الحقنة لأجل تأثير الماء عليها بقوة
واذا اقتضى الحال لاجراء عملية جراحية لأجل ازالة العائق كسرطان المستقيم
وبوليوسه يبادر بنقلها أو بفعل تمدد المستقيم القهري اذا كان مجلس
الضيق في هذا الموضع

وأما معالجة الانسداد المعوي فحتاج ابتداء لتعيين مجلس الانسداد وسبب
فاد كان متعلقا بالجهاز التناسلي يمكن شفاؤه بإزالة السبب وإذا كان متعلقا
بفتح ظاهري يبادر برده أو بالأفراج عنه بطرية ~~بواسطة~~ ~~والأفراج~~
بالنواء المعدة أو فتقها يمكن وضع المريض في حمام سباحي ~~مياه~~
عضلاته ويضلل تكبيس البطن في اتجاه الأمعاء المنسدة ويكون ذلك مستق
قويا وإن لم ينجح ذلك يبادر بفتح البطن ورد الأمعاء الملتوية قبل ظهور
الالتهاب البريتوني وإن لم يتيسر الرد يمكن فصل شرج صناعي مؤقت ومق
انعرف الخطر يماج الشرح الصناعي بما يليق حسب الأصول الجراحية
وباتباع شروط مضادات العفونة الحديثة يتناقص خطر هذه العملية حتى
أنها لا تقسمها الوفاة إلا في ٦٥ حالة على ١٤٢ عملية (شرام) وبمبارتين
مجلس الإصبات المعوية إذ أمكن لأجل فتح البطن بجوارها في أحد الحاضرتين
أو بجوار السرة وإن لم يمكن تعيين للمجلس بالدقة يفضل الشق المتوسط أسفل
السرة

وأما معالجة الانسداد الباطنة فبعضهم يوصى باستعمال المسهلات القوية
ولكن لا يخلو استعمالها من الخطر والأصوب استعمال الأفيون بمقدار محدد
كما سبق ذكره في التداخل المعوي لأن الأفيون يعقبه تناقص في حجم الأمعاء
وربما ساعد ذلك على تسليك الانسداد وفي الأزممنة الأخيرة كثر استعمال
الفضيل المعدى لأجل تخليص المعدة والأمعاء تحتها من محتعلها وربما اتفق
ذلك نتيجة سريعة (كوساولة) وإنما يلزم تكرار الفضيل المعدى ٣ إلى ٤
مرات في اليوم ولا يرفض المريض بشرب الماء بل يعطى غلام بمص قطع الجليد
ومع كل ذلك لا يلزم تأخير عملية فتح البطن عن لوانها
وقد تحصل بعضهم على نتيجة من استعمال الزئبق بمقدار كبير نحو ١٥٠ إلى ٣٠٠
وأكثر أو من استعمال الحقن الغازية والمائية بمقدار كاف لقدد الأمعاء وقوة
أو من استعمال الكبريتية بوضع أحد القطبين في المستقيم والآخر على جدار
البطن

البلن خصوصاً على سير الأمور والقولون ويكرر ذلك ٣ الى ٤ مرات في اليوم كل
جلسة تستمر مدة بعض دقائق

وإذا كان الانتفاخ الثاني مغزطاً يمكن بطل الامعاء بإبرة رافاس الدقيقة لأجل
خروج الغازات وربما حصل من نقصانها وهبوط الامعاء فتنبهها من وخز
البذل انصراف الاحتباس وبعضهم يوصى بكمار الوخز في ثلاث أو أربع نقط ولا
يخشى من الوخز من الاشكاب البريتوني لأن الغشاء المخاطي المعوي ليس له الغضفة
الدقيقة حال خروج الإبرة

وبالمجمل سواء كان المريض مصاباً بالضعف أو الانسداد المعوي يلزم الاعتناء في
شئين السبب والنقطة المعوية بقدر الامكان وتأسيس المعالجة الباطنية
والجراحية عليها

(المبحث الثالث في البواسير)

المراد بالبواسير تعدد الأوردة الباسورية باستواء أو على هيئة عقد وأورام
دوائية

(الأسباب) من المعلوم ان الأوردة الباسورية عديمة الصمامات وان الوريد
الباب المتفتحة به عديم الصمامات ايضاً وان الأوردة الباسورية تكون في
اتجاه عامودي أو منحدر معها كات أو ضاع الجسم في الشروط المتناقضة
للإنسان وجميع هذه الاستعدادات الطبيعية تجعل الدورة في الأوردة الباسورية
بسيطة ويمكن لأحاديثها حصوله بسبب خفيف متعم سواء وقع تأثيره في دورة المستقيم
أو في الوريد الباب أو الوريد الاجوف المعاهد
وتقسم الاسباب الى مهيئة ومتممة ومتحسنة تأثير الاسباب المهيئة ربما
تكون متممة ايضاً

اما الاسباب المهيئة فمنها الوراثة وانما تأثير الوراثة هنا يقتصر على ضعف
مقاومة جدار الاوعية فقط أو يكون الشقاق دموياً متهيئاً للاستواء الدائم
وضخامة الجسم فاذا تعرض هؤلاء الأشخاص لاسباب اخرى كالافراط في
الأكمل

الأكل والمشروبات الرطبة والجماع وكانت حياتهم جلوسية يسهل ظهور البواسير عندهم وهذه الأسباب الأخيرة وحدها قد تكفي لتكون البواسير متى تكررت ولهذا يكثر حصول البواسير عند ذوى الصنائع الجلوسية كالصكّاب والخياطين والنساجين وفي بلاد المشرق عند الأغنياء المنهمكين في اللذات الشهوانية المفرطين في الأكل للهلل في الرياضة الذين لا ينفكون من الجلوس أو المقصرين على ركوب الخيل والخيول وكذلك النخ في الآلات الموسيقية وفضل اليهود ذلك التي تتيق الدورة الوريدية مما يجرى للبواسير

وأما الأسباب المقتمة فهي إما أن تكون موضعية بمعنى أنه يقع تأثيرها على المستقيم كالضغط الذي يعقب آفات الرحم والمبيض والبروستاتا وليس من النادر مشاهدة البواسير عند المرأة الحامل وانصرافها بعد الوضع والاسهال الذي يبيق دورة المستقيم ويوجب زيادة المجهود وقت التغوط ونزلات المستقيم المزمنة التي توجب استرخاء الشد الحاطي وفقد مقاومته وتعدد أورده وقد يجتمع الاسهال والنزلة المستقيمة معا فيعوق تأثيرهما وقد يتقلبان بسبب واحد كآفات الكبد التي توجب اعاقة الدورة الباسورية فيعوق التأثير أيضا وقد تنجم لذلك أسباب أخرى تحدث ضيق للمستقيم كالسرطان فتضعف الأسباب السابقة بركود المواد الثقيلة التي تزيد اعاقة الدورة

ولما أن تكون الأسباب المقتمة بعيدة عن المستقيم وتوجب اعاقة دورة الوريد الباب كآفات الكبد والسدد الوريدية والضغط الذي يصيب الوريد من مجاورة الاورام البطنية ونحوها أو اعاقة دورة الوريد الأجوف السفلي التي تشاهد في بعض آفات القلب والرئتين

فما ذكر مرى أن البواسير تنشأ عادة من اعاقة الدورة بأسباب ميكانيكية ولا تنطلق بالأسباب الوهمية التي كان ينسبها إليها القدماء وتشاهد البواسير غالبا في سن الكهولة بين ٣٠ و ٥٠ سنة وتصيب الرجال أكثر من النساء

ولا

ولا تصيب الاطفال الا في احوال استثنائية وتشاهد في الاقاليم الحارة
اكثر من الاقاليم الباردة

(التشريح المرضي) يمكن مشاهدة البواسير ودداستها على الحي لان بعض أقاتها
تزداد في البجثة وهي تقيد على حسب مجلسها الى ظاهرة خارج العضلة العاصرة
وباطنة اعلى العضلة العاصرة ومشاركة اى ظاهرة وباطنة معا على هيئة
دوالي منتشرة أو محدود

أما البواسير الباطنة فيكون مجلسها اما اعلى العضلة العاصرة أو بعيدا
عنها ببعض ستيترات أو بقرب التخرج السيخي ويختلف حجمها واستدلاها
فاذا كانت قريبة يمكن الاحساس بها بالجلوس بالامع أو استكتافها
بالمسح المستقيم وقد تكون ذات عقيق طويل بحيث تقبل الى الشرج وتبرز
خارجا عنه فيمكن ما سنها بلونها البنفسجي وأما البواسير الظاهرة
فختلف هيئتها فاما ان تكون منتشرة على هيئة حوية حول الشرج أو
تكون محدودة في بعض القطع على هيئة عقد أو أورام منفردة أو متعددة
فرجهم الحدية أو البندقة أو البيضاء أو النفاحة وشكلها مبطط أو
مستدير وسطحها مستقيم أو غير مستقيم عقدي وتكون متوترة ولونها محمر
أو بنفسجي اذا كانت محتقنة وباهت وهي هابطة اذا كانت متفرجة من
الدم

وتتضاعف البواسير بأفات شتى في الاحوال الحميدة ربما تكون فيها
فرايات حصوية كلسية وهذا نادر وأما المضاعفات الغير الحميدة
فمنها صفور الحواجز الفاصلة للأورام الدوالي وتلاشيها وتكون ورم
كحفي معلما ومنها ظهور التزلات في الغشاء المخاطي وكثافتها وفراز
مادة مخاطية فيحمة تشبه السيالون المستقيمي أو حصول التهاب
في المنسوج الخلوي حول المستقيم وتقيحه وانفتاح الخراج والغشاء
المخاطي أو في الجلد أو فيها معا وتختلف نواصير تامة أو اعورية باطنة

أو ظاهرة وليس من النادر تمزق الأوردة الدالية وحصول النزف متكررة خفيفة أو غزيرة

(الأعراض) إذا كان القدر الباسوردي خفيفا لانتسب عنه أعراض واضحة وأولى ما يستشعر به المريض الاحساس باكلادن أو حرارة أو ظلم في الشرج وتزداد هذه الأعراض عند الإفراط في الأكل والشرابات والجماع وبعد الجلوس المستطيل أو ركوب الخيل والخيول وربما تهيأ للمريض خصوصاً مادة اللحم إذا في المستقيم جماً غريباً ومعه تزايد الانتفاخ الباسوردي يضيّق الشرج وتتقبض المصرة ويتعذر التقوط ويصير مؤلماً جداً وربما حدث من هذه الآلام وقوع التحنط في الأغا أو حصول تقلصات فتأخر المريض عن التقوط خوفاً من الألم وينشأ من ذلك تيبس المواد البرازية وزيادة الصعوبة في خروجها ويصعب احتباسها فوق البواسير وانتفاخ البطن ومثان أو قيح وفواق وضيق في الصدر وخفقان واحتقان مخي وباقى علامات الاحتباس المعوي وكان يميز عن هذه الأعراض قديماً بالثوران الباسوردي ويصعب البواسير غالباً التهاب نزلي والمستقيم يقبض بتكرار التقوط وخروج مادة مخاطية قيحية في الثالب مخططة بالدم أو مخططة بال مخاط وقد يصحبها زحير بحيث لو اكتفى الطبيب بأقوال المريض ولم يبحث بنفسه عن المواد البرازية والمستقيم لاشتباه الأمر عليه بالدرستاريا وكان الأقدمون يميزون عن هذه الحالة بالبواسير البيضاء أو ذات السيلان المخاطي ضد البواسير الحمراء أو ذات السيلان الدموي أعلى التزيف الباسوردي

وبكثر حصول النزفة في البواسير وينشأ الدم أمان تمزق الأوردة الدالية أو من تمزق الاوعية الشعرية ويسبق التزيف مادة قوت البواسير وزيادة الألم والاكلادن واحتقان الدماغ والخفقان وضيق الصدر وحصول التزيف يستشعر المريض باستراحة عامة ونشاط ولذلك يمتنع نزف البواسير ويختلف مقدار الدم من بعض دماغه إلى بعض أطال ويخرج

الدم على حالته الطبيعية تقريبا مغلفا للمواد البرازية أو خالصا ويكرر خروج
الدم عادة على نوب متقاربة أو متباعدة على حسب سرعة الامتلاء والدم
وبطنه

ويكون العقد الدموي النادر غريزا بدرجة توجب الخطر ولكنه متى تكرر
على نوب متقاربة ربما يوجب الانيميا والضعف العام
ومما برزت البواسير من الخرج واشتد احتقانها واختفت فأنها تنصير
مؤلمة جدا فيتأوه منها المريض ويتلوه وتتغير سمته وتتغير لحيته بغير
بارد ويصير نبضه ويتواتر وربما وقع في الانحاء أو التعلقات
وسواء كانت البواسير باطنة أو ظاهرة فإن قوتها وحتقانها وآلامها قريب
لقاد المريض أو جلوسه مضطجعا على جنبه والطرافة السفلى مشددة لاجل
استنزاف عضلات البطن والحجاب وحيث أنه يتالم جدا من ملامسة أو راحة
الباسورية ولو بخفة فيعسر ردها وإذا استمر احتقانها تلتب أو تقع في
الفترينا وربما أدت إلى الخطر والامتناع من الصيدية

وتختلف مدة البواسير فكون وقتية إذا كانت متعلقة بالحمل وتكون طويلة
إذا كان السبب مرضيا منها وربما استمرت مدة الحياة مع نوب ثورات
وفترات استراحة وقد نقصها المايعوليا بسبب دوام الاضطراب الهضمي
والآلام عند المصاب بها

(التخفيف) يسهل تخفيف البواسير الظاهرة بمسامحتها ويستعمل الحس
والمناظر المستقي لاجل تعيين البواسير الباطنة ولا تلتبس بالفتيات
الجلدية البسيطة لعدم احتقانها وقوتها ولا بالزوائد العرفية
(كونديلوم) لفقد الاصابات الزهرية الاخرى ولا بالسرطان لعدم
وجود أكاشيكيا ويخرج منها الدم بالبذل ولا يحصل ذلك في بقية
الآفات المذكورة

(الانذار) البواسير ليست خطرة في حد ذاتها وإن كانت مؤلمة ولكنها

تستعمل على المعالجة عادة وبما أدت إلى الملائحية والالانها
(المعالجة) المعالجة الواقية تقتضي انتظام اوقات التقوط وتدارك
الاساك ويتوصل الى ذلك باستعمال الخضراوات والفواكه وفعل الرياضة
يومية واستعمال ملين خفيف عند الضرورة كسحق العنقوس المركب
او الكبريت في التركيب الآتي ككبريت منقول وبيطرارات البوتاسا
وسحق الزنجيل بمقادير متساوية تؤخذ منه ملعقة صغيرة قبل

(النوم)

ويلزم تجنب الافراط في الاكل وتنقيص اللحوم والمشروبات الكحولية والعقوة
والشاي ويحجب الافراط في الشهوات والركوب المستطيل والجلوس
فوق المراتب ويترجم استعمال كراسي الخيزران لأجل عدم تسخين المقعدة
وتتاج الآفات المهيجة للبواسير كالمشي الرجم والبروستا والتكد والركبة
والقلب ونحوها كالتألمج الالتهاجات التزلية للمستقيم وإذا كان السبب
هو الاستواء الاموي للجن يرسل المريض إلى الحمامات الموافقة كحمو بنورج
وكارلسباد وكيسفين وأما إذا كان الشخص ضميغا فإنه يرسل إلى الينابيع
الحديدية الحمضية كالميس وبادين وإذا كان السبب هو الاساك والشخص
بالملائحية فإنه يرسل إلى محال المعالجة بمعمل اللبن والحب كدوركام
وويسبادن وميران وفيغية أو يرسل إلى القلوات وشواطئ البحار
وأما معالجة شمس البواسير فهي منع احتكاكها بالملابس بدنها بالزيت
الحلو الوازلين وزيت الككاو وحمل حفاظ مناسب ولأجل تطيف
الآلام تستعمل انليسات المسكنة بالافيون أو البلادونا أو تدفن
الاورام بحرهم مسكن مودفيخ أو بلادوني (لحم) أو توضع عليها لبغ
مثلية بسيطة أو تصاف إليها خلاصات الرصاص أو الالومين وتتاج
الزلات المستقيمة بلحقن العموية بالماء البارد أو القاهض كالحون نترات
الفضة (الماء ستحق في الماء) أو حمض اثنيك (الماء إلى اجم في المائية)

وأما

وأما التزيف الباسورى فلا يحتاج لمعالجة ما لم يكن مفرطاً فتستعمل الوضوء الثلثة
أو القابضة أو سد الشرج بالقطن أو حقن الأبرجوتين تحت الجلد ولاندوسكى
يرجح اقحام المريض في الماء الساخن على درجة ٤٠ ثم حقنه بالماء الساخن أيضاً
بقدر ٥٠ سم ويؤمر بحفظ الحقنة على قدر الامكان

وأما اذا كانت البواسير باطنية أو معصوية بسقوط المستقيم فتلزم المداوة
بردها بأن يؤم المريض على أحد جانبيه أو يحنى على ركبتيه وتدفع الأورام
الباسورية بالإصابع بلطف بعد دهنها بالزيت أو لفها في خرقة مدهونة
وبعد الرد تربط على الشرج سدادة من القطن لاجل منع رجوع البواسير ولذا
لم يتيسر الرد يمكن تشريط الأورام الباسورية أو تركيب القطن عليها ويجلس المريض
فوق الماء الدافئ لاجل سهولة نزول الدم وهبوط البواسير ثم يشرح في ردها
ثانياً وفيما بعد يمكن الالتجاء الى تمدد الماصرة القهري أو الكي بواسطة
كودور الزنك واذا اقتضت الأورام الباسورية يساعد على سقوط الخشكريات
باللمع الدافئة

والأدوية الباطنة الموصوفة للبواسير هي محلول فوألير والمجسرين والفلفل
الأخضر وبالعلاج النهائية هي استئصال الأورام الباسورية أما بالكشط
أو بالربط أو بالهرس بالسلسلة المخصوصة أو بالكي بالمحيد النحر أو بالبالونوكوتير
ومع ذلك فإن عواقب العمليات الجراحية كالانقباض الصديدي ونزلات
الكبد أوجبت التوقف فاجرائها في الأثرمة الأخيرة
(المبحث الرابع في التزيف المعوي)

(الاسباب) التزيف المعوي ينشأ إما من تأثير مفعولات الأمعاء أو من
آفات جدرانها أو من الاعراض العفنة أو العامة

أما مفعول الأمعاء فمنه الإمساك الشديد المتقلب الذي يهيج الأمعاء أو
يجرحها ولا يصعب تزيف غزير ويبقى الدم من الأمعاء القليلة ويطوى سطح
المواد الثقيلة على هيئة خطوط حمراء ووجود الاجسام الغريبة ذات الزوايا

في الامعاء يجرحها وكذلك السعوط والافراط في المسهلات القوية والديدان
المعوية خصوصا الخروطية والاكليوستوما تحدث التزيف المعوي
واما آفات جدد الأمسا فاهمها التقرحات والجروح والأورم الخبيثة وتداخل
الأمسا والاحتقان الركودي الناشئ من آفات الصمامات وسيروز الكبد
وانقروم الاوعية وسدها وانوريزما الأوعية للجائرة للامعة التي تلتصق
بها وتتجر فيها

واما الامراض المزمنة العامة فاهمها الدوسنتاريا والتيفوس والتقيح والدرن
والحمى الصفراء وأحيات الطفحية السودا ويحصل التزيف المعوي ايضا في الليمفيليا
والاستسربوط والفورفور أو التسمم البولي وقد يكون التزيف المعوي
عوزيا

ويشاهد التزيف المعوي بالاكتر في سن الكهولة خصوصا عند الرجال وهو
نادر عند الاطفال الحديث الوضع

(التشريح المرضي) ينفخ الامعاء بوجد محتوية على مواد مدمية وعلى حسب
مقدار الدم تكون مقددة ومحتوية على جلط مسودة اسفنجية تتشكل بشكل
الامعاء او يكون الدم كثيفا شبيها بالصل الاسود أو القطران ورائحة
مبهوعة وتكون المواد الثقيلة صلبة شبيهة بالفحم او تكون مائعة شبيهة
بغسيل اللحم او مختلطة بمواد مخاطية قيحية واما النشاء المخاطي فيكون باهتا
ومحتقنا ومتقرحا ويمكن مشاهدة منشأ التزيف الذي يحصل عقب احباط
الاوعية الوريدية او الشريانية الاكتر جمعا واما انكاز التزيف وشفا شعريا
فلا يسهل تعيين منشأ بالذقة وبقية الاحشاء تكون مائعة او مسجلة الى
الحالة النسوية او الشحمية كالقلب والكلى والكبد والبنكرياس ويدل ذلك
على تكرار التزيف وتقدم الانقباض

(الاعراض) تختلف اعراض التزيف المعوي باختلاف اسبابه ومقدار الدم المفقود
وهي تشبه اعراض الانزفة الباطنة على العموم كبهاتة الجسم وتغير تقاطيع
الوجه

الوجه وبها تنها الرمية وتكدر العين وورودة الجلد وصفر البنفسج وبطنه وضيف
الناط القلب لاجبا اللفظ الأول ولغناض الصوت وغطيشة البصر وطنين
الادتين والغشيان والقيح والدوخان والاعياء ومغيب ذلك الموت بعد فقد
الادراك وربما حصلت هذه الاعراض بدون ظهور الدم الى الخارج فتتورق
البطن ويصير قرحا أصعا

وأما اذا خرج الدم من الشرج فان اوصافه تختلف باختلاف مقدارم وجلس
التزيف فممكن ان يكون احمر مائلا او يكون متعرجا بالمواد الثقيلة ولونه مسودا أو
خفيا ورلخته كدمية أو غشرينية أو تكون المواد الثقيلة ملوثة فقط أو مخلطة
بالدم كما يشاهد في نزيف الامعاء المليظة وفي الدوسنتاريا تكون المواد سائلة
محقة شبيهة بنسيل اللحم أو مخاطية صديدية وفي البوليبيوس تكون المواد سائلة
مصلية وردية

وبالبحث عن المواد باليكروسكوب يوجد بعض الكرات الدموية محظوظا والبعض
فاسدا أو منتفخا قد لونه بالكلية

ويلزم ان يكون البحث عن البطن بغاية الاحترااس لان الضغط عليه اوصل
حركة فجائية ربما تسبب عنه زيادة التزيف أو رجوعه ويلاحظ انتفاخ
البطن وزيادة اصغيتها

وبعض المرضى يستشر بسيلان سائل ساخن في البطن ويشاهد عند البعض ظهور
الاورعيا والبول الزلال بصفة وقتية عقب الانبيا واذا انجا المريض من التزيف
المعوي فانه يستمر في حالة انبيا وضعف عام

(التشخيص) يحتاج الأمر في التشخيص الى التحقق من وجود الدم في البراز ومن
وروده من الأمعاء ولا يلتبس لون البراز المسود من الدم بالبراز المسود
عقب استعمال البرصوت والكميات الحديدية والبراز الناصق المتلون بالحمض
وعنه وفي الاحوال المنبهة يمكن الالتجاء الى اليكروسكوب والمظار الطيف
لأجل التحقق من وجود الدم أو عدمه ثم يحقق الطبيب من عدم ورود الدم

من الأنف أو الحلق أو المعدة وقد ثبت التزيف المعوي يجتهد في تعيين
 مجلسه بقدر الاسكان فاذا كان واردا من المستقيم يمكن تعيينه في المادة
 بسهولة وبالنظر للسبب يمكن الاستدلال على منبع بعض الانزفة فاذا حصل
 التزيف عقب الحقن مثلا يكون دائما تقريبا في الاثنى عشر وياق في الدواستاد
 من الامعاء الخليطة واذا كانت المواد الثقيلة مخططة بالدم من الظاهر فقط
 يمكن الحكم ايضا على ان منبعه من الامعاء الخليطة وكذلك يتوقف تزيف
 الامعاء الخليطة بعدم تنوع الدم الا قليلا واما التزيف المعدى الباطن
 فيحكم عليه باعراض الانزفة الباطنة على العموم

(الانذار) يتعلق الانذار بسبب التزيف ومقدار الدم فاذا كان السبب
 خفيفا كالدرن والسرطان واذا كان التزيف غزيرا كان الخطر اقرب وقد
 يعقب التزيف المعوي نفيه حميدة كما يشاهد ذلك في الحمى التيفودية فانه قد
 تحصل خفة في الحمى وتحسين في الاعراض العامة بعد التزيف الحميد ولكن متى
 زاد مقدار النقص المعوي اوجب الخطر دائما

(المعالجة) معالجة التزيف المعوي تشبه معالجة التزيف للمعدة وتستلزم مراعاة
 الراحة التامة والاعذية المسائلة الباردة كاللبن المجلد وتوضيع مثانة ممتلئة
 بلجليد على البطن في مقابلة مجلس التزيف وتعمل حقنة تحت الجلد من الارحوتين
 ويعطى المريض من الباطن فوق كلودور والمديد (٤ الى ١٠ نقط في جرعة) واذا كانت
 حركات الامعاء الكبدانية قوية تسكن بالافيون (٣٠٠ كل ساعة تعمل النتيجة)
 واذا كان التزيف في الامعاء الخليطة يمكن فعل حقنة من محلول قابض مثل
 وبرج حقن النيك اونترات الفضة او فوق كلودور والمديد او سلفات
 ويصاحب التزيف الذي يتلاق بالتسمم الاجاعي بسلفات الكينا بمقدار كبير
 واذا شوهد هبوط عند المريض تعطى له المشروبات الكوكبية كالنيبيد
 والكونياك او يعطى له المسك (٣٠٠ سنق كل ساعة) او تعطى له حقنة كافورية
 تحت الجلد (اج كلور على ١٠ ج زيت اللوز المحلو تفعل منه ثلاث حقنات في
 اليوم)

اليوم) والمعلية الثابتة تستعمل المركبات الحديدية والجواهر
المرق والمقويات

المبحث الخامس في سرطان الأمعاء

(الاسباب) سرطان الأمعاء أكثر حصولاً عند الرجال ويشاهد عادة بعد سن
الأربعين وهو يأخذ بعد سرطان المعدة والكبد وأكثر حصوله في الأمعاء الدقيقة
ويكون نادراً جداً في الأمعاء الدقيقة ويكون في الغالب ذاتياً وقد يكون تابعياً
لسرطان الاحشاء المجاورة كالعدة والرحم والمثانة والغثب
(التشريح المرضي) مجلس السرطان يكون بالأكثر في المستقيم ثم في القولنج السيني
ثم في القولون في حذاء زاويتيته اليمنى واليسرى ولا يكاد يشاهد ذاتياً
في الأمعاء الدقيقة ما عدا الاثنى عشر، فإنه قد يصاب في جزئه العلوي ويوجد
فتحة القناة الصفراوية

وانواع السرطان الممودة الكثير المحصول هي البشري الاسطوانى والغضائى
والأكبر والأسود والهلأى ويتبدل السرطان اما بالبشرة المتعدية أو الطبقة
الخطوية تحت الغشاء المخاطى ثم يمتد في جدار الأمعاء ويكتسب اما هيئة بقع
وهو نادر أو يكون على هيئة فؤاة بارزة أو سلكة محيطية بالأمعاء أما البقع
فإنها تمتد في العروق ويتسبب عنها سماكة وتصلب في جدار الأمعاء وأما السرطان
المحلق فإنه يحدث ضيقاً في قطر الأمعاء تختلف درجته وقد يبلغ الضيق حجم
ريشة الاوزة أو المجلس المعتاد

ومما تقدم سير السرطان فإنه يزداد بروزاً على هيئة ورم وتختلف هيئته
باختلاف انواعه فتارة يكون متفرحاً كأزرار لحمية دائمة وتارة يكون
مبيطاً أو مصفراً هالماً أو يكون خضروباً أو مسوياً
وبالنظر للأمعاء توجد مقدمة جداً اعلى من النقطة المصابة وتكون متمثلة بالمولد
التعليلية وربما بلغت طبقتها العضلية ضخامة مفرطة وأما الأمعاء تحت النقطة
المصابة فتكون هابطة على نفسها وفارغة

ويصحب السرطان المعوي أو يعقبه مضاعفات عديدة منها تمزق الامعاء واشتداد
مضاعفاتها البريتوني أو في الاحشاء المجاورة كالرحم والمثانة أو إصابة الأوعية
وحصول انزفة غزيرة أو خفظة أو التهاب جدار البطن وحصول خراج غاطلي أو
الامتصاص العديدي والامتصاص المعفن

وقد يمتد السرطان من الامعاء الى الاعضاء المجاورة ويعقبه في العادة ارتشاح العقد
اللمفاوية المسارية ويتسبب عنه التسمم العام والكاشيكسيا السرطانية
(الاعراض) يبتدئ سرطان الامعاء غالباً بطريقة غير محسوسة فتبقى اعراضه
كامنة مدة بعض اسابيع او حتى أشهر أو يشتكى المريض ببعض الامتخالف في
حركاتها ومجسها ونضطرب الوخا ئف الهضمية ويحصل امساك مستمر أو يتعاقب
مع تنوط مفرط أو اسهال متكرر ويقع الشخص في الفول وفي مثل هذه الأحوال
يمس الحكم بوجود السرطان

وقد يحصل انسداد الامعاء فجأة ولا يعلم بوجود السرطان الا بعد اجراء عملية
الفتح البطني أو بعد تشريح الحثة وفي أحوال اخرى يحصل التهاب بريتوني مزمن
مصحوب بانسكاب نقيوي بحيث يتوهم ان المريض مصاب بالانسداد النقيوي المتعلق
بسبب غير السرطان ويفضل المبدل فيخرج سائل مدمم وبعد هبوط جدار البطن
يتفجع بوجود الورم السرطاني

واذا كان مجلس السرطان في الامعاء الغليظة وتسبب عنه ضيقها ربما اكتسب
نواد البرازية شكله شريطاً أو قصير رقيقة رقيقة خنطية أو تكون مستديرة
كبكر الماعز أو يحصل امساك مستمر أو انسداد في الامعاء أو يعقب الامساك
اسهال وافي بسبب تفرج السرطان واتساع الامعاء بعد ضيقها في هذا
ومن الاعراض الملازمة له التذيق ويعقبه خروج الدم محملاً اذا كان مجلس
السرطان بالقرب من المستقيم او اذا كان التذيق غزيراً وخروج بسرعة من
فتحة الهضمية وأما اذا كان مجلس السرطان في الامعاء الدقيقة أو في
الاثني عشرى فان الدم يتأثر من انصباب البضى ويخيز سوداً أو اسود كالقطران

وقد يحتوي الفاظ على مادة غالية قيية مائة مدمية معصوية بقطع صغير
من النسيج السرطاني في حجم البسلة أو البندقة ويعيب السرطان المعوي البيا
استساخ البطن بدرجة مختلفة وهذا مما يعيب البحث عنه وكلما تكرر المرض
يحصل في الامعاء تشجات ديدانية توجب بروزها تحت جدر البطن بحيث يمكن
مشاهدة حركاتها بدرجة واضحة

ويجس جدر البطن يستشعر بوزم يسهل تحديده اذا كان الورم خفيفا
وجدر بطنه دقيقة وغير متوترة والبطن غير منتفخة ولم توجد فيها انكسبات
تسره وتضيق معالجه وبالحيلة يستعان على الاحساس بالورم وتحديده
بالنجد الجس على جدر البطن مع الجس المستقيم ويضاف اليه الجس المائل عند
المرأة ومثى وجد الورم فانه يتصف بشكله المستدير أو المضاوي وسطحه
ذهي الصديقات الغير منتظمة وقد يصل حجمه الى قدر القبضة أو ازيد ويتألم
المريض بالضغط عليه ويبرز الورم السرطاني عن الورم الناشئ من جميع المواد
الثقلية فالامعاء بان الورم البرازي يخسف تحت الضغط عليه ويتغير
شكله

وقد يكون الورم السرطاني ثابتا في عمله بسبب التصاقات البريتونية أو
ثبات الامعاء المتصابة به ولكنه يكون في الغالب متحركا لاسيما متى كان
جلسه في مساريق الترمج السيخ مثلا أو مساريقا الامعاء الدقيقة وأما
اذا كان جلسه القولون المستعرض ولم يلتصق بالاعضاء المجاورة فانه يستط
لثقله وينزل في تجويف البطن جاذبا معه القولون فأوضاع غير طبيعية تحت
السرقة

ثم أن أوصاف ورم السرطان ليست ثابتة عند النحس في المواقف المختلفة
فقد يجس به جيدا ويمكن تحديده بالدفقة وبعد مضي بعض ساعات لا يتيسر
الاحساس به وقد يستقر بعد ما غير محسوس مدة بعض أيام أو بعض أسابيع
حتى يظن الطبيب انه أخطأ في تشخيصه واذا استقر الورم وأخذت

قد يتنوع حجمه وشكله في الاوقات المختلفة وتنسب هذه الاختلافات لامتلاء
الامعاء وفراغها وانتفاخها وهبوطها أو تعطية الورم بالعرق المعوية أو
انغلاقها عنه

وبالقرب تسرع الورم السرطاني أهمية واضحة انما يلزم الضغط بالأصبع أو
بالصفيحة العلاج بدرجة كافية لأجل هبوط العرق المعوية المتجاورة أو
المنطقة للورم

وإذا كان مجلس السرطان في المستقيم يمكن التماس به بلجس بالأصبع
وتختلف أوصاف باختلاف الأحوال فاما ان يكون السرطان بقرب الشرج
ويحدث ضيقا حلقيا املس ويمكن تعيين حدوده باقتحام الجس المستقيم
مع الجس البطيء أو يكون سطحه متقرحا حبيبيا وتشيل منه مادة مخاطية
قبيحية سائلة مدمية متفتنة ومعتوية على جزئيات هشة من المنسوج السرطاني
وقد يكون السرطان في الجزء العلوي من المستقيم وبسبب الضيق في هذا الضغط
عليه المواد وتدمر الى اسفل فيحصل سقوط والمستقيم يقرب الورم
السرطاني الى الخارج ويمكن ملاحظته وقد يحتاج الأمر الى المنظار المستقيم
وانما يكون استعماله مؤلما جدا وعلى العموم يعجب سرطان المستقيم نالما
زائد خصوصاً هذه القنوط حتى ان بعض المرضى لا يتنوط خشيعة الألم فيستند
الامساك وقد يحصل بالتمكس اسهال مفرط وتعبه أورام باسورة خوة
وقد ينتشم الألم نحو المثانة أو يغور في الاطراف السفلى بطول العصب
الوركي بأوجاف عرق النساء

وبالحجامة فان سرطان الاثني عشرى متى كان مجاورا للفتحة القنائة الصفراوية
بأنه قد يسدها فتشاهد اعراض اليرقان الدائم وإذا كان السرطانات
بقرب البواب ربما يتسبب عنه ضيق هذه الفتحة فيحصل القدد المعدى
بدرجة مختلفة

وسير السرطان المعوي يختلف باختلاف مجلسه ودرجة الانغراس بالعضو
والاعراض

والاعراض العامة الكاشيكية ولا تقبل مدته الى عشرين أو خمسة الا نادرا
ويجوز داغا بالموت اما من تقدم الكاشيكية او من ظهور السرطان في الاحشاء
الاخرى او عقب للمضاعفات للتشعبة كالانسداد للمعوي وانتفاخ الامعاء أو
تمزقها والحراجات الخاطئية التي تنفتح في جدار البطن أو في الاحشاء المجاورة كالجم
والمثانة وانتهاك الشخص او يحصل عنده الامتصاص العديدي أو العفن
(التشخيص) تشخيص سرطان المستقيم سهل لأنه يمكن الوصول اليه ومعاينته
وامراضه المهمة هي الآلام والامساك والسيلان العديدي للدم واما سرطان
الامعاء فان الحكم به يحتاج الى اجتماع اعراضه كالآلم والامساك والورم البطن
والكاشيكية ووجود بعض جزئياته في المواد الثقيلة واما اذا كانت الامعاء
مستفحة والبريتون ملتصبا وفيه إنسكابات فلا يسهل تمييز السرطان للمعوي
عن اورام الاحشاء الاخرى ويصعب ايضا تعيين مجله لأن السرطان يجذب
الامعاء الى اسفل وينير أو يها فيها الطبيعية

(الانذار) الانذار خفيث ولا يؤمل من الوسائط الجراحة الا القليل
(المعالجة) معالجة السرطان المعوي تحف الجراحة فيمكن استئصاله وفعل
شرح صناعي ولا يأتى الى المعالجة الباطنة الا اذا كانت الحالة غير قابلة للعملية
فيؤمر المريض بالاعتناء في التدبير الغذائي ولا يرضى له الا بالاعتدالية السهلة
الهضم الخفيفة البقايا كاللبن والبيض والتم والامراق وشرب البيرة والنبيذ
ومنع من الاطوار في النفوسيات كالخبز والبطاطس ومنع من الخضراوات والفواكه
ويترك الامساك بالمليينات ولحمه الملينة وتلطف الألم بالمورفين حقا
حتى الجلاء واذا كان السرطان في المستقيم فوضع تليسات مسكنة ويفضل
المستقيم بحق يومية من محلول فوق مخضات البناسا او خلاص الرصاص
وتسليم المضاعفات كالنزيف والالتهاب البريتوني والانسداد المعوي بما
يوافقها

(المبحث السادس في الدرن الموعى)

درن الامعاء يكون تقريباً دائماً تابعاً لدرن الرئة بسبب ازدياد البصاق المحتوى على الباسيل وقد يكون اصلياً عقب استعمال اللبن المحتوى على الباسيل كما يشاهد ذلك عند الاطفال

وأما درن الشرج فإنه قد يسبق الدرن الرئوى او يتبعه اوليهما (التشريح للمرضى) مجلس الدرن المعتاد في الغائف والقولون الباعد والشرج و في الغائف يصيب النقط العنقري في الحصى التيفودية أى الخيط بيير والفقد المخلوق ومع ذلك فإن الدرن يمكن مشاهدته في بقية اجزاء الامعاء ويكون اما على هيئة جيبات او قروح اما الجيبات فإنها يشتد في النسيج الخلوى حول الاوعية وحول المقعد وتحت الخلل الموعى ويتسبب عنها تقيح والتهاب موضعى ينتج بالقروح وقد تظهر الجيبات الدرنية تحت البريتون بحيث يمكن لمس بيروزها باللمس قبل فتح الامعاء ويصحبها عادة احمرار الغشاء المعلى وتكاثره او تكون اغشية كاذبة على سطحه واما القروح الدرنية فإنها تعقب لبن التلبدن ويكون جلسها غالباً في الخيط بيير او في اللند المخلوق للغائف وتكون في النادر متفرقة والعادة انها تعقب بعضها وتكون قرحه مستعرضة تؤكل الغشاء المخاطى بالمرض على شكل حلقة او نصف حلقة طولها بعض سنتات وعرضها من آ الى سم سنتمتر وسبب اتجاه القرحة الدرنية بالمرض هو اتباعها للأوعية التى تنشأ من الثوب وتحيط بالامعاء على شكل حلقة وقد تكون هذه القروح الحلقية متعددة ومتقاربة من بعضها او متباعدة ببعض سنتات وقروح الخيط بيير لا يصحبها انتفاخها كالتقرحات التيفودية بل تكون منتشرة على سطحها وحافتها مقطوعة قطعاً عامودياً وتنصف القروح الدرنية بعدد انتظام حافتها وانتفاخها وقطعها قطعاً عامودياً ويجب قاعها وكون كل من الحافات والقاع مرشحاً بجيبات درنية وقية تغور بين الالياف المضلية وتصل الى النسيج الخلوى تحت البريتون وتصل

وتصل التقرحات في النادر الى درجة انتساب الامعاء وقد يبتلع فيها الالتقام ولكنه لا يتم في القرحة لأنها تمتد وتوسع على الدوام ويصحبها انتفاخ والققد المسارية وارتشاشها للدرف

واذا كان جلسها الأعور تنضاعف غالباً بالالتهاب الأعورى أو بالالتهاب حول الأصور وفي القولون أيضاً تحدث التهاباً راحها وأما في الشرج فيكون الدرن منتشر في الغشاء المخاطي ولجلد معاً ويتشابهه تقرحات مستطيلة شبيهة بالشقاق أو يعقبها ناسور شرجي

(الأمراض والتشخيص) تندر مشاهدة أعراض الدرن المعوى وحدها لأن هذا المرض يطرأ في سير الدرن الرئوي للتقدم مدة الكاشيكسيا الدرينية وربما استقر كما ناولا ينفخ وجوده الإفجشة أو تسبب عنه مضاعفات خطيرة كالالتهاب البريتوني أو الالتهاب المعوى أو الالتهاب الأعورى وقد تكون الأعراض خفيفة تنحصر في الأسهال البسيط أو تكون شديدة متصفة بإسهال متكرر من مواد قيحية المردمة مع مفعى وآلم حادة تنور على فوب أو تنقرض بالاضيق على البطن أو تكون قاصرة على الجزء المصاب بقرب الحفرة الحرقية اليمنى مثلاً وتكون مواد الأسهال منتنة أو محتوية على أغذية غير هامة العضم وقد تستكشف فيها بقايا الغشاء المخاطي للتركز أو بعض جزئيات درنية وإذا كان الدرن في الأمعاء الملتفة ربما حصل زحير ويتسبب من تكرار الأسهال سرعة الخطاط قوي المريض أو هلاكه وقد يستعوى الأسهال بالأمساك كما يشاهد ذلك إذا كان الدرن قاصراً على ابتداء الأمعاء الدقيقة فينسر للواد التكاثف والأمعاء الملتفة واكتسابها قواماً أصلياً ومثل الأمعاء أيضاً عقب التهاب الغشاء المخاطي يتسبب عنه فقد الحركات الدوائية وحصول الأمساك المستعصى

وسيردرن الشرج بطيء جداً وأما يعقبه ألم شديد يوجب صعوبة التخطوط ويزداد بالمشي وليس له مل إلى الالتقام ويصعب الكشف عليه بالمنظار المستقيم بسبب زيادة تألم المريض وتميز القرحة الدرينية عن القرحة الزهيرية

بعدم تبسها وعن القرحة الرخوة بعدم قبول صديدها التليخ وكثيرا ما يحدث
من درن الشرج تكون خراج ينفق في الجلد ويصقه ناسور درق
ويرافق الدرن الموعى عند الأطفال درن العقد اللغافية للساريقا
فتشاهد امراض الالتهاب الموعى مصحوبة بانتفاخ البطن وتعدد الاورد تحت
الجلد وحصول انسكاب يرتوي في خفيف

(الانذار) الموت هو الانتهاء المعتاد للدرن الموعى اما من تقدم الكاخيكية
او من حصول المضاعفات كالانثقاب الموعى والتريف والالتهاب البريتوني
ومضاف الى ذلك خطى الدرن الرئوي الباعث لاصابة الامعاء
(الملاحظة) لاجل مداركة اصابة الامعاء عند السلول فيمر بعدم ازدياد
بعافه ويماح الدرن الموعى بالاعتناء في التدبير الغذائي والاقتصاد
على الاغذية السهلة الهضم وضد الاسهال تقطى مركبات البرمويت
والافون وحقوق دوفير ونترات الفضة على هيئة حبوب او حقنة وتعمل
اللبغ المسكنة على البطن وضد الآلام او يحقن المورفين تحت الجلد او تفعل
حقنة من النشا يضاف اليها صبغة الأفيون او اللودنم ويلزم ايضا تدارك
الامساك الذي يشاهد احيانا باعطاء المليينات او المحبوس المسهلة
واذا كانت التغذية متسربة يمكن استعمال اللحم النيئ أو البيتوف وتقطى
الكولييات أو الكونيك بمقدار مناسب

وأما الناسور الشرجي المدرف فلا يحتاج لمعالجة جراحية لأنه شوهة أنت
شفاه فيرجب لوردة السل الرئوي وبعضهم يريح معالجة ثم تنويغ بمقربة
أو خزام مستخدم

(المبحث السابع في الديدان المعوية)

القضاء الهضمية تحتوي غالبا على كائنات نباتية او حيوانية متنوعة أما
الكائنات النباتية فيمكن اعتبار وجودها طبيعيا وبعضهم يعتبرها مساعدة
للهمضم وان كان مضررا بالصحة فلا يصح تأييد بالدقة وأما الكائنات الحيوانية

فهي

فمنها الحيوانات الدنيئة التي تصاحبها الاسماك كالاسماك والسر كرمونات
والتر كرمونات وليس لها اهمية كبيرة في الاكلينك ويكتفى بقتلها فكل
حقنة كمينية أو سليمانة في المستقيم

واهم الكائنات الحيوانية للأسماء هي الديدان وبعض الديدان يمر في القناة
مدة من حياتها ثم يتم نموه في الدم كالبهارسيا أو في المصفرات كالتريشينا
وقد سبق ذكرها وأما الديدان المعوية الحقيقية التي يتم نموها في الأمعاء فهي
على نوعين الديدان الشريطية والديدان الاسطوانية فلنشرحها على حدة

فقول

(اولا الديدان الشريطية للأسماء)

الديدان الشريطية تتميز بشكلها المبسط الشبيه بالشريط ويدخل جسمها مائة
افراع مهمة وهي (أولا) الدودة الوحيدة اما للسلطة أو ذات الكلايب
(ثانيا) الدودة المحفورة الوسط اما لغير السلطة او صدمية الكلايب ونسج
ايضا بالساجينا (ثالثا) الدودة المحفورة الرأس أو العريضة أو البويريسينال
وسنشرح اوصاف هذه الديدان كل واحدة على افرادها وأما الدودة القرعة
أما النانا التي شاهدها بلهارس وغيره والدودة المنقطعة المصفرة والدودة
ذات الحلقات البيضاء المستطيلة أو الكوكوميرينا والدودة الماداجاسكية
ومحفورة الرأس الحبلية أو القيطانية فانها انواع نادرة فلا نطيل الكلام عليها
هنا

(اولا الدودة الوحيدة اما السلطة أو ذات الكلايب) سميت هذه الدودة
بالوحيدة لانها توجد غالبا منفردة وحدها في القناة المعوية ومعتمداً على قوتها
فان طولها يصل الى مترين أو ثلاثة ونصف ورأسها تكون في حجم رأس
الدوس وبالبعض عنها بعدسة مغطاة بحجم من ٤ الى ٥٠ مرة ويعد ان لها
خرطوم بارد مسود في الثالب وموثق بجر ٤٠ الى ٣٠ كلايا بعضها صغير
والبعض كبير وهي موهومة حول الخرطوم على هيئة حلقة

وأطراف الكلايب فيها مقبحة الى الخارج وبالنظر لوضع الكلايب عند أن
الصغار والكبار مصطفات على التتابع بحيث يكون بجوار الكلاوب الكبير
كلاوب صغير وهكذا وقد تظهر مواهبة صنفين الصنف الباطني متكون من
الكلايب الكبيرة والصنف الخارجي من الكلايب الصغيرة ولون الجزء
المعلوي من الرأس يكون عادة مسودا فيغمانيا أو سنجاسيا محمرا ولوجود حول
الكلايب اربعة حاجم أو مميزات وهي كانت الدودة حية يمكن مشاهدة
الحاجم متحركة بحيث تبرز وتغور على التوالي

ويشاهد المنق دقيقا تحت الرأس يبلغ قطره من ٥ الى ٧ ميليمتر وطوله
نحو قيراط وبعد المنق يكون جسم الدودة متراكبا من العقل المفعلية التي
يصل عددها الى ٨٠ أو ١٠٠ ويبلغ في النادر ١٠٠ والعقل القرعية من المنق
عرضية عرضها اكبر من طولها وكلما بدت من المنق تنمو حتى يصير طولها
مساويا لعرضها في مسافة مية تقريبا ثم يصير طولها اكبر من عرضها وهي قرب
العقل من الذنب يصل طولها من ٩ الى ١٤ ميليمتر وعرضها من ٥ الى ٧ ميليمتر
فقط وحيث ان العقل تشبه حب القمح سميت الدودة الوحيدة أيضا
بالدودة القرعية

وكل عقلة من عقل الدودة الوحيدة تحتوي على اعضاء التناسل الذكر
والانثى معا وتوجد الفغات التناسلية بارزة على شكل حلة على اسطح
العقل على التتابع اذ ان الفضة التناسلية الموجودة في الجهة اليمنى
لعقله تعقبها فتحة في الجهة اليسرى في العقلة المجاورة وهكذا تتكون اعضاء
التناسل من عضو الذكر والرحم وبمزالحم في وسط العقلة على هيئة قناة
مركزة ينشأ منها من العين واليسار على زاوية حادة من ٧ الى ٩ فروع
وينشأ من الفروع في يمينها ويكن معاينة هذه الفروع جيدا
مقوصت العقلة بين لوحين من الزجاج وضغط عليها بقوة ثم عين
النظر فيها بين العين وينبوع ضرود شديد

ومتى تم

ومحتوى عقول بقرب الذنب يغمر عضو الذكر وأما الرحم فإنه يحتوي على بيض مستدير، تقريبا طوله ثلاثة ميليمتر ونصف وعرضه ثلاثة ورابع وكل بيضة غلاف سميك يحتوي على بعض السائل مستطيلة مستديرة على سطحها على هيئة تشمع متقارب دقيق ويوجد في باله كل بيضة مادة جيئية محتوية على ستة كلاليب دقيقة مصطفة يحوار بعضها

وسمى وصلت بيضة الدودة الوحيدة إلى المعدة بعض الحيوانات كالإنسان والخنزير والكلب فأذا المصير المدهش يؤكل غلافها فيخرج منها الجنين ثم يموت في بعض الأنسجة ويستحيل إلى حالة سيست حويصل ويستمرط لنفس البيضة حينئذ مردها في المعدة ولذلك لا تنفقس بيضات الدودة الوحيدة في أمهه الأشخاص المصابين بها بل تخرج مع البراز وتطرح في الخارج (ثانيا) الدودة الطفوية الوسطى أو الغير المسطحة أو عدوية الكلاليب وتسمى أيضا بالساجيناتا وهي أطول من الدودة الوحيدة حتى يبلغ طولها من نحو ٢ إلى ٨ امتار وهي أقل شفافية منها ورأسها مبطن أكبر من رأس الدودة الوحيدة وقطرها يصل من ٤ إلى ٥ ميليمتر (ولا يصل في الدودة الوحيدة إلا إلى ١ أو ٢ ميليمتر) وليس لها خرطوم ولا كلاليب ولكن لها أربعة مخالب وقشرها مسودة

ولها المنق قصير لا يزيد عن ١١ أو ١٥ ميليمتر والجسم يتكون من نحو ١٥٠ إلى ١٣٠ عقله والغضات التناسلية ليست متعاقبة دائما في جميع العقول كما في الدودة الوحيدة بل تكون أحيانا في جهة منها على صف واحد (ديولا) ولا يتم نمو العقل ويظهر فيها البيض الأبعد عن ٤٠ إلى ٦٠ عقلة بعيدا عن المنق (بخلاف الدودة الوحيدة فإن عقلها تكون عامة الفويحة مائة مفصل تقريبا) وقد يصل طول العقل العامة إلى ١٥ أو ٢٠ ميليمتر وعرضها إلى ٥ أو ٢ ميليمتر ويتفرع رحمها إلى ٥ أو ٣٠ فرعا كل فرع يتقسم إلى فرعات تنتهي بقعر كيس مستدير (بخلاف الدودة الوحيدة

٤٩٦
فإن فروج رحها لا تزيد عن ٧ أو ١٠ وتنتهي فيها تهاجيب عريض شبيه

بأوراق الشجر
وأما البيض فإنه شمعي الغلاف كبيض الدودة الوحيدة وأغاسير غده بشكله
البيضاوي قليلا طوله ٤ ميليمتر وعرضه ثلاثة ونصف (أينشورست)
وتنجر العقول غالباً قبل خروجها مع البراز وتفرغ بعضها من البيض فتتسطب
وتذبل أو تعبر عن بالية الشكل ولا يشاهد ذلك في عقل الدودة الوحيدة
وقد تكون الدودة مشوهة الحلقة بحيث يراه لفقات التناسل فتتألف في
كل عقلة أو تكون مضاعف العقول غير تامة أو يكون الجسم مزدوجاً والحوز
المزدوج منه متصل بأحد العقول على زاوية حادة
وبين الدودة المذكورة يفوق ويفتقر في البقر على حالة سيست. مثاف
أو خلافي

(ثالثاً) الدودة المحفورة الرأس أي البوترير صيفال) وتسمى أيضاً بالدودة
المرضية لأنها تعرض أنواع الديدان المعوية وهي دودة مستطيلة قدر يصل
طولها من ٥ إلى ٨ أمتار وأساسها مبسطة مستديرة أو لوزية الشكل طولها
نحو ٤ ميليمتر وعرضها واحد ميليمتر وبالنظر فيها بالعدسة الحظية المذكورة
يرى في جانبي الرأس حفرتان فيها حجم غائر مستطيل ويقع الرأس عنق
دقيق يصل طوله من ٣ إلى ٤ ميليمتر ويميز الجسم بتعدد مفاصله القليلة
بلفت ٣٣ أو أزيد والعقل الثامنة التكوين تبتدئ بعد نحو ٢٠ مفصل ويزيد
عرض العقل هنا عن طولها بكثير فيكون العرض ٤ ميليمتر مثلاً والطول
٦ فقط ولكن مقرب العقل من ذنب الدودة يتساوى العرض والطول
تقريباً بحيث يصير شكل العقل مربعاً

ويتصرف الرحم في الدودة المرضية بكونه غير متفرع كرحم الدودة الوحيدة
بل يتفرع وينتهي في أربعة أو خمسة اتجاهات مختلفة وينفتح على بطن
الدودة في وسط العقل وتكون حافة الفتحة غامقة أو مسودة وأخنة
ويحتوي

ويحتوى على بيض أكبر من بيض الدودة الوحيدة ومكمله بيضاؤه وطوله من ١-٢
الى ٧-٨ ميليمتر وله غطاء في احد اطرافه ينفخ لاجل خروج الجنين وغلاف
البيضة اقل سماكة من غلاف بيضة الدودة الوحيدة ولونه مسمر وتشاهد
مادة خلوية داخل البيضة

ويوجد بين الدودة المحفورة الرأس في بعض الاسماك والقواقع وفي الماء
(لوكارت)

(الاسباب) لتولد الديدان الشريطية بنفسها عند الانسان كما كان يظن
قدما بل تنشأ من وصول الجنين السيقة في المعدة مع الاطعمة والنشويات
ثم ينفذ الى الامعاء ويؤلف فيها ولا تحصل الإصابة من شخص لآخر عادة بل يحتاج
الأمر لمرور العقول الديدانية أو بيضها في جسم حيوان آخر مكلف بنفسه للبيض
الديداني وقول الجنين بالطريقة الآتية

وهو ان الدودة الشريطية متى تم نمو عقلها في امعاء الانسان تنفصل بعض
عقل محتوية على البيض وتخرج مع المواد البرازية وتنتشر هذه المواد في البياه
أو المزارع فتأكلها الحيوانات وتتغير البيضة من تأثير المبرد عليها ويخرج
الجنين ويؤلف في جسمها على حالة سيستية ثم متى دخلت لحوم هذه الحيوانات
في اعدية الانسان وأكلها قبل طبخها بمرجه كافية لقتل الجنين فإنه يحصل
من المدة الى الامعاء ويؤلف فيها على حالة دودة شريطية

ويختلف الحيوان المكلف بنفس البيضة الديدانية على حسب نوعها فان الخنزير
يولد الجنين السيقة الخلاء في الدودة الوحيدة ومثله في ذلك الارب والكاووف
والايل والكلب والقرود والذبة واما جنين الدودة المحفورة الوسطا المكلف
بتوليده البقر والاضغان والزرافة واما جنين الدودة المحفورة الرأس فقد
قبل ان المكلف بتوليدها بعض الاسماك كالبياض (براون) وبعضهم يزعم
انها تنفقس وحدها في الماء وتزودها الانسان عند شربه (براون) وتشاهد
كثيرا على شواطئ البحر التماسي وترجع السويجرة وفي جزيرة اليابان وما توضح يعلم

ان الانسان لا يصاب بالديدان الشريطية اذا كان محترسا في مأكله ومشربه
ولا يصاب بها الا تحت تاطل المواد الملوثة على الجبن ولذلك تشاهد الديدان
الشريطية خصوصا عند عدم مراعاة الشروط الصحية والأعمال في الوساخ
وطرح المواد الثقيلة في الخلوات والضيطن أو الأنهار المعدة للشرب بحيث
تصل اليها الحيوانات وتاكل أو تشرب منها ثم عدم ملاحظة الحيوان المذنب
ولحومها وعدم طبخها جيدا أو أكلها نيئة أو نصف شواء كما يشاهد ذلك عند
الأطفال والمرضى الخنزير ياكل اللحم النيء لغرض الحاجة وعند
الأشخاص الذين يأكلون لحم الخنزير مدخنا فقط وعند النوحين كاهل
الجيش مثلا

وبالنظر لتوزيع نوع الديدان الشريطية فوجد الدودة الطفيلية الرأس مستلطنة
في شمال أوروبا وفي السويج والدودة الوحيدة منتشرة في عموم أوروبا
بسبب كثرة استعمال لحم الخنزير وأما الدودة الغير المسلحة فتوجد بالأكثر
في البلاد التي ياكل فيها لحم البقر والغنم كبلايا الشرق ولا تشاهد الدودة
الوحيدة عند المسلمين ولا اليهود لأنهم لا يأكلون لحم الخنزير ديانة
ثم أن البيضة تمت التفريخ في معدة الحيوان وخرج منها الجين فإنه يتغيب
جدار المعدة والأمعاء ويصل الجين فروع الوريد الباب ومنه إلى الكبد
أو إلى الجين ليستقر في سائر فيسك الاسنجية حتى يصل إلى الأعضاء الأخرى
التي توافق لمسكنة ونفق كالخ والمضلات وكلاهما الجين تساعد على هذا
السير ومن استقر الجين في المصروف فيه ويفقد كلاله الستة ويحاط
بغلاف حديث التكوين حبيبي ينشأ من ارتشاح الاسنجية وقد يكون لذلك
مسافة بعض إمام (لو كانت) ويصل قطر الكيس الديداني المذكور إلى ٦
أو ٨ ميليمتر ويحتوي في تجويفه على سائل شفاف كأنه مشاة أو حوصلة ويستمر
تفديته بواسطة الأوعية الشعرية ثم يظهر في نقطة من سطح الباطن
بروز يفوق الحجم شيئا فشيئا ويكتب شكل الكثرة ويظهر في راسه من الداخل
اربعة

اربية مجامع وحلقه كلاب دقيقة ويبتدئ ظهور العنق فتد في الرأس
في السائل بهيئة رأس الدودة الوحيدة وانما تكون مقلوقة مثل قلب أصبع
الالدوان (اللقفل) ومق وجمل الكيس الديداني لهذه الدرجة ينتهي بأحد أمرين
فأما انه يموت ويسحق الى الحالة الكسبية أو يعبر الى القناة الهضمية للإنسان
أو الحيوان آخر أكل اللحم ويحتمل يسحق الى دودة شريطية على وجه ما لم يكن
وهو مق وجمل الكيس الديداني الى المعدة فأن خلافة تاكل من العنبر المعدى
وتخرج رأس الجنين معتدلة ببدان كانت منقلبة كما في فرد أصبع الدلوان
المنقلب فبدان كانت ساجدة في سائل الحويصلة تبرز الى الخارج على سطح
حويصلتها ولذلك سماها بعضهم غلطا بالدودة الحويصلية أو الحويصلة
الذنبية ولكن هذه الكلمة لا تستقر الا زمانا يسيرا لأن العنبر المعدى
يقول الحويصلة ايضا وأما الرأس وضعها فأنها يقاومان تأثير العنبر المعدى
ويصلان مع مقبض المعدة الى القناة المعوية وتثبت الدودة فيها وتنمو
بسرعة بحيث انه في مسافة بعض أيام يشاهد ابتداء الجسم المخطط الذي
يستطيع بالنفوس

ثم أن الديدان الشريطية تشاهد عند الكهول أكثر من الأطفال وفي الطلاب
عند الجزارين وللطباخين

(الاعراض والشخصي) وجود الديدان الشريطية في الأمعاء قد يكون كامنا
بدون أعراض واضحة بحيث يظهر أن الشخص يتمتع بنواجر الصحة التامة
ولا يعلم وجودها الا عند خروج بعض عجلها مع الأفرار أو رؤيتها بالعدفة
أو عند استكشاف بعضها في المواد الثقيلة عند استعمال الميكروسكوب
لقضد آخر

وقد يتسبب من وجود الديدان الشريطية في الأمعاء اضطراب والهضم بتغير
الطبيب والمريض في تعيين سببه الحقيقي مدة مستطيلة فالبعض يشتكى
بالاحساس بضغط والأمعاء او ثقل في نقطة ثابتة حول السرة أو يتقل

فجلبسه على الدوام والبعض يستشعر بحركات الدودة وانقباضاتها ولا تشاهد هذه الحركات في الدودة خارج الجسم ولكنها تحصل في الأمعاء إذا كانت الدودة مقنعة بشروطها الحيوية ودافئة في الأمعاء (لوكارت) والبعض يشكك بالمض الذي تزداد شدته بعد تعاطي بعض الاغذية كالفسيفخ أو البصل أو الثوم أو المواد الحضية وأما اللبن والبيض والاطعمة اللينة والمزيت فأنها عرج تلطف حدة للمرض عادة وبعض المرضى يتقايأ خصوصا في الصباح وتخرج المواد سائلة كاللعاب والبعض يحس بضيق الصدر

وأما الشهية فأما ان تزداد جدا بحيث لا يحل للمريض الأكل الجمع ولا انتظار الطعام ربا كل بشراة ولكنه لا يستفيد من التغذية ويحفر جسمه وبهت جلد واما ان تقلد الشهية بالكلية ويصيب اضطراب الشهية لها امساك أو اسهال بحيث يظن المريض انه مصاب بنزلة معدية مزمنة ويمالج حيثئذ معالجة غير مناسبة

وخلاف الأعراض الموضوعية المذكورة تشاهد أعراض الفعل المنكسر كالفواق والدوخان والصداع والاعياء والهذيان أو الجنون والتقلصات البسيطة أو الصرعية أو الكونية وتضريس الاسنان حدة النوم والشلل وعدم تساوي الحدين وتغير السحنة واضطراب السمع والبصر والاكلان لاسيما في الأنف والمستقيم ويحصل سعال مصبي وقد يحصل الانثيا وربما اكتسبت الشكل الخبيث وتشاهد العقل الديدانية أو يبعثها في برزخ المعصايين بالديدان الشريطية ووجوبها يؤكد التشخيص وتخرج للحلقات غالباً في فصل الربيع والخريف وأحيانا تنقذ الدودة الوحيدة باجسامها في الخائط كما تشاهد ذلك خصوصا عقب تعاطي المواد المضادة لها أو بعض المسهلات وفي سير الحيات الثقيلة ربما أصيبت الدودة نفسها بأفات مرضية فيسهل خروجها بنفسها وتخرج العقل الديدانية عادة من المستقيم وقد تخرج في القيء وبالجملة عن هذه الأجزاء يمكن تشخيص نوع الدودة الشريطية انما لا يكتفى بقوله المريض

المريض لأنه كثيرا ما يخطئ، ويترجم أنه شاهد العقل البدائية مع كونه لا يتبرز إلا بقايا الأطعمة المبيضة كأجزاء الأوتار والأوعية وبالنظر لما سبق شرحه، فمثير عقل وبعض كل من الدودة الوحيدة والغير المسجلة والمحفورة الرأس بأوصافها الخاصة وزيادة على ذلك فإن الدودة المحفورة الرأس تنفذ عقلها متعددة على هيئة سلسلة وتخرج دائما مع المواد البرازية عند فعل مجهود التنوط وأما في الدودة الوحيدة والغير المسجلة فتتخذ العقل منفردة وقليلة العدد وتخرج بتغير شعور المريض فيغير

أوقات التنوط
(الشرج المرضي) الديدان الشريطية لا تكون سببا في إهلاك المريض بها ويستكشف وجودها ولينة بالصدمة غالبا وتثبت الدودة فالتشاء كالحلوى المصقولة بواسطة محاجها أو كدلايها وتكون إما متكونة أو تلفت صفوعها على العنق ويتدلى باقي جسمها في القناة المعوية ولا تنفس منها أفات مهمة موضعية عادة والتقرحات والتزيف المعوي اللذان قد يشاهدان ينسبان إلى مضاعفات عارضية

والديدان الشريطية تعيش مدة طويلة نحو الثلاثين سنة وتكون منفردة عادة ولكنها قد تتعدد في الشخص الواحد وربما وصل عددها إلى عشرة (فيرو) أو ما كلفيلد) ويبلغ تعدادها في الحي متى شوهدت عدة رؤوس فالمواد البرازية متى تعدت الديدان الشريطية تكون من نوع واحد عادة لأن الدودة الوحيدة لا تنصب للمحفورة الرأس إلا في أحوال شاذة استثنائية ومعرفة وجودها مما في الحي بخروج حلقاتها الواصفة لهما في أن واحد أما وجود الديدان الشريطية مع الديدان الإسطوانية في شخص واحد فلم يثبت

(المعالجة) الملحة الواقية هنا مهمة جدا وتقتضي مراعاة نظافة البيت وعدم طرح المواد الثقيلة في الطلوات والأنهر كيلا يصل إليها الحشرات

ولا تأكل البقر والاغنام من الحشائش الملوثة بها في النيطاة ولمنم
 التفتيش الدقيق على لحوم الحيوانات المدة للأكل لأجل استكشاف
 الحماض منها باليسيت وتحريم استعماله وحيث ان الطبخ يقتل المديدان
 تحقيا فيلزم اجتناب أكل اللحم النيئة أو الغير الناضجة الطبخ
 ولا تغطي الأدوية الطاهرة للمديدان إلا بعد التحقق من وجودها ومشاهدة
 حلقاتها في الجواز فصوصها عند الاطفال والشيخ والنساء الحوامل
 والمرضى بالسيل الرئوي لأجل عدم قسوتهم لاجتناب السالبة المذكورة
 بدون اقتضا فأشارت بما كانت سببا للخطر عندهم وإذا كان وجه المشبهة
 قويا يبدأ بتأكيد التشخيص فيعطى للبيض سهل أو مقدار خفيف من الأدوية
 الطاهرة للمديدان كالزبيب الحلو ومسحوق الجلبة بمقدار ١ هز متعرج
 في المساء والمصباح أو خلاصة الشرحى المذكور بقدر ٤ جرعات تمل
 حبة يؤخذ منها ١٠ صباحا و ١٠ قبل النوم وقد يكفي في طرد الدودة أوجع
 مقلها التي يشاهدها يتأكد التشخيص أكل الفسيخ أو الثوم أو البصل
 أو بعض الفواكه كالكرز والتوت الأفغاني ثم تعاطى مقدار أوقية من
 زيت الخروع

والمسألة الطاهرة للمديدان تقسم ثلاثة ادوار دور التحضير ودور سكر
 الدودة ودور خروجها

أما دور التحضير فيستدعى تنظيف الأمعاء وواجبها بقدر المكان وذلك
 لأجل تجويع الدودة فيكتفى المريض بالإغذية الخفيفة كالأوراق والالبان
 والبيض مدة يومين أو ثلاثة وما أخذ مليئا خفيفا في الصباح وما أكل في
 المساء مقداراً من الفسيخ أو الثوم أو البصل

وأما دور سكر الدودة فيقتضى استعمال الأدوية المخصوصة المضادة للمديدان
 وهؤلاء كان مفعولها غير تام دائما إلا أنها تنجح في معظم الأحوال ولمنم
 تعاطيها صباحا بعد دور التحضير واحسنها هنا خلاصة الشرحى المذكور

المسألة

السائلة أو مسحوقه من ٢ الى ٥ جم حبوبيا أو زيتة الايتري فيؤخذ خزان
 ١٠ الى ١٢ كل خزانة تحتوي على ٣٠ ر من الزيتة الايتري والكموسو المشرية
 الحشيشية القدير ٥٠ جراما منقوعا أو في ليمونا تا فيؤخذ مرة واحدة مع المقل
 والكافا لا بمقدار ٥٠ جراما في القهوة وقشر جذر الزمان بمقدار ٥٠ جراما
 في منقلى على أو اصله الفعالي لاسيما نبات الليمون بمقدار ٢٠ ر يستعمل
 في الماء المحلى وروح الترميتا بمقدار ٥٠ جراما والبتروى بمقدار ٦٠ الى ١٠٠
 المحقطة فيؤخذ مخفوف ويكر ونترات البوتاسا بمقدار جرام واحد في ١٥
 حبة وجب القمع الى غير ذلك

ويجب على الطبيب مراعاة تأثير هذه الأدوية على المريض لانها قد يتسبب عنها
 اضطراب عصبي وقهق وخفاط أو هبوط ثقيل وسعى شوهت هذه
 الاعراض يلزم قومية المريض بالزمنة الفراش وتطلى له القهوة أو الليمونا
 أو قليل من الكونياك

وأما دور خروج الدودة فإنه قديم قبل تمامي الدواء المضاد لها بمسافة ساعتين
 أو ثلاثة بنفسه وفي هذه الحالة ربما تخرج الدودة بقاعها أو بمس لجزائها
 فقط فاذا خرج جزء منها تدلى خارج الشرج يلزم عدم جذبها خوفا من قطعها
 وبقاء الرأس فإنه يتعذر خروجها بعد ذلك بل يلزم لف الجزء المتدلى
 بحزقة أو قطعة من الورق واستطاد خروج بقية الدودة أو يوصى للمريض بالنوط
 في اناء منقلى بالماء بدرجة بحيث يلامس بقعة المريض عند جلوسه عليه
 ليسقط جسم الدودة في الماء خفيفا فلا يضطر على الرأس بقوى ولا يقطعها
 كما يحصل ذلك متى سقط جسم الدودة ثقله في الهواء

والادوية ١٠ المساعدة على خروج الديدان هي المسهلات فاذا تأخر خروج
 الدودة بعد اخذ الدواء بساعة يلزم اعطائه المسهل حتى اذ الدودة ولو
 اخرجت كاملة يلزم تمامي المسهل كالتخلص الامعاء من بوائق الدواء الذي
 سبق تناوليه ولا يتأخر عن تمامي المسهل زيادة عن ساعتين أو ثلاثة فيخرج

استعمال زيت الخروع مرة واحدة أو كل ساعة ملحقة ولا بأس من المتتابع
ذلك بحقنة مائية لأجل غسل الأمعاء وأما إذا لم يخرج رأم الدودة فيستعمل
ماء الحقنة بمقتوع جذد الشوخس المذكور (٥٠٦) برأما عن الشوخس على (٥٠٧) من
الماء (٢)

ولا يحصل الاطمئنان ولا الحكم بالشفاء الا اذا خرجت الرأس وكذلك يلزم الاعتناء
في البحث عنها في المواد البرازية فصب المواد في قفل ويسلط عليها سلسال
الماء لأجل تخليها وعلى كل حال فيمكن اعتبار الشفاء تاما مع مضى على الشخص
خمس ثلاثة اشهر الى ثلاثة ونصف بعد المعالجة ولم تظهر في سرانته حشرات
ديدانه لأن هذه المدف تكفي لنمو القمل التناسلية اذا لم يخرج الرأس من
الأمعاء

(ثانيا في الديدان الاسطوانية للأمعاء)

الديدان الاسطوانية تتميز بشكلها للسدير وأنواعها المهمة هي الديدان
الخراطينية والديدان الخطية أعد الشمرية الذنب والديدان الشعرية الرأس
والانكلوستوما أي المعوجة الفم وأما الملق المعوي الذي يشاهد في
الدروسنتاريا والأسهال بقرب خط الاستواء ودود الذباب والترماتود
وبخوها فهي نادرة ولا حاجة الى شرحها هنا

(النوع الأول في الديدان الخراطينية)

هذه الديدان تشبه الديدان الارضية ومعها كانت معتقة بالحياة يكون
لونها احمر سمرا او مصفرا نصف شفاف واما بعد موتها فتصير سمراء
سحابية ولها رائحة كريهة نافذة تشتمل من نيجها المعضل (لوكارت)
وتؤثر على العين والاذن وتصبه وتوجب العطاس وظهور أعراض شبيهة
بأعراض حمى الدبليس لمن يشغل بتشريحا (باستيان)

والدودة الانثى اطول من الذكر فقد يقبل الى ٥٠ سم او ٦٠ سم شتيرا
وأما الذكر فلا يزيد عن ٣٠ سم ويكون اقل منها غلظا وكلاهما مستدير
ولكنه

ولكنه يتبسط قليلا من جهة الرأس والذنب ويصرف الذنب بتلوية على نفسه
وتشاهد فيه فتحة قضيب مزدوج وأما ذنب الانثى فأنه مستقيم وتوجد
فتحة الرحم في الجسم بين الثلث المتقدم والثلثين المؤخرين وأما فتحة الشرج
فتوجد في ذنبها وتوجد خلاصتها أيضا فتحة أفراز سامة بجوار الرأس
ورأس الدودة الخراطينية واضحة وفيها الفم مثلث ذو ثلاث حلقات شفوية
موشحة يا سنان شيتية وأما الجسم فتشاهد فيه أربع خطوط تمتد
من الرأس إلى الذنب

ويبين الديدان الخراطينية يشبه بيض الدودة المحفورة الرأس بيضاوي
طوله من ٥ إلى ٦ من المليمتر وفي بطنه مادة جيبية مخاطية بخضلة ممتعة
ومختلف بطلقة زلاية حلية ومعدنه وافق وقد يصل عدد مالدودة الواحدة
إلى مئتي مليون

(الأسباب) إلى الآن لم تعلم حقيقة تولد هذه الديدان لأن بيضها لا
ينفقس عند الإنسان والمظنون أنه لابد من مرور البيض في حيوان آخر
أو في الماء أو بواسطة أخرى لأجل خروج جنينه ثم متى ازدرد ما الإنسان
ووصل إلى الأمعاء يتم نمو الدودة فيها ولذلك تكون مشاهدة الديدان
الخراطينية عند المصالحين في النظافة والذين يأكلون الخضراوات والفواكه
بدون غسلها كسكان القرى والأرياف والذين يشربون المياه الملوثة
وتشاهد الديدان المذكورة عند الأطفال غالبا وبين سن ٩ إلى ١٠
سنتين وعند محلي العقول وتشاهد عند النساء أكثر من الرجال ويندر
مشاهدتها عند الطفل الذي لم يبلغ سنة وتكثر عند سكان القرى
والجبال الرنية القذرة

(الأعراض) الديدان الخراطينية تعيش في الأمعاء الدقيقة وقد
يصل عددها فيها إلى مئتي مئتي حيث تملأ الأمعاء بتمامها خصوصا
عند الأطفال والبله ويصل بعضها إلى الأمعاء الغليظة ويخرج مع الشايط

وقد يعمل بعضها الى المدة ويخرج بالقيح وقد تنفذ الدودة في القناة
الصفراوية وتسدها أو تقبل الى الكبد فتحدث فيه التهابا أو خراجا أو
تنفذ في فحة أو مرسون أو في المدة وتسرى منها بطول المري ثم تدخل في
الخضرة فتوجب الاختناق أو تقبل الى الشعب فتوجب الالتهاب الرئوي
والخراج أو تدخل في الانف أو تنفذ في قناة فالوب الى الاذن وإذا صادفت
في الامعاء تفرق اتصاله أو تنقبأ أو ناسورا تحاول ان تنفذ فيه وربما
سقطت في البريتون أو وصلت الى فحة الناسور الأخرى ووصلت الى الاشيا
الجاورة كالرجم والثانة ولكنها لا تخرج الامعاء بنفسها ولا تنقبأ اذا
كانت جدرانها سليمة وقد يحدث من كثورها في نقطة من الامعاء انسداد
الماء وذلك نادر جدا وقد تكون سببا في تكون خراج يكون جلده حافا
في المسرة أو في الارضية وعند فتح الخراج تخرج منه الدودة ويلتصم الجرح
غالبًا بدون كحة ناسور

واعراض الديدان الخراطينية قد تكون كامنة ومتى ظهرت فإنها تشبه أعراض
الديدان الشريطية الموضعية والعامية المتعلقة بالفعل المنعكس كاضطراب
الهضم والقوى واضطراب الشهية والتبرز والاعراض المصيبة على
المعوم واكلان الانف وسيلان اللعاب على الوسائد وتقرص الانسان
وعدم تساوي الحدقتين الخ

(التشخيص والانداز) متى شوهت الاعراض المفكورة عند شخص
وعلى الخصوص الأطفال يحصل الاشتباه في وجود الديدان عندهم وأما
لا يتأكد التشخيص الا عند خروج بعضها ولاجل تأكيد التشخيص يعطى
لشخص مقدار خفيف من الأدوية المضمومة المنهبة للديدان لأجل
خروج بعضها أو يفيقها ولا يلتبس الدودة الخراطينية بدودة الأرض
لأن دودة الأرض أكثر احمرارا وسطحها مغطى بوبر وفحة فيها طولية كالثة
وجود الديدان الخاطينية في حد ذاتة ليس يخل ولكن مضاعفاته المذكورة
سابقا

سابقا فوجب الخطر

(المعالجة) فتحقق التشخيص ببادر الى معالجة المريض واحسن الأدوية الطاردة لهذه الديدان هي السانتونين بمقدار ٥-٢٠ ز الى ٣٠ مستقر جرم للكهل و ٥-١٠ الى ١٠ ز للطفل مرة أو مرتين في اليوم ويتبع ذلك بمسهل لان السانتونين تقتل الديدان الخراطينية بل تقتلها امامها نحو الانطواء الخيطية فيسقط السهل لاجل طردها وانما يحدث في استعمال السانتونين الانها يحدث عند بعض الأشخاص اعراض التسمم ككثرة البول والجلابون اصفر ورؤية الألوان مصفرة أو مخضرة أو مزرقرة وحصول الهذيان أو الشخج وقد يحصل اسهال وزحير أو نزيف معوي (كوبوليد) ويمكن استئصال السانتونين بسنوفات الصودا (٥-١٠ مستقر جراما) وسنقوع زهر البقية (١٠ على ١-١ جرم ماء) وروح القرنبيتا

ومن الضروري الاعتناء بالمعالجة الواجبة التي تقتضي مراعاة الشروط الصحية وفصل الخضراوات والفواكه قبل اكلها والاعتناء في ترويق ماء الشرب

(الفوج الثاني في الديدان الخيطية الى الشرية الدزولوا الأوكسير)

هذه الديدان تشبه دود البين وهي خيطية الشكل وطول الانثى يبلغ ١٢ ملل متر أو الذكر ٥ ملل متر وذنب الانثى مستقيم شعير أرق من الرأس وأما ذنب الذكر فيكون متلويا كغيب الدودة الخراطينية ورأسه ادفق من ذنبه بقليل وبعض هذه الديدان بيضاوي الشكل احد سطحه مبطط والسطح الآخر محدب وطوله خمسة ملل متر وعرضه اثنا عشر نصف من ملل متر ويحتوي على مائة جيبية ذات نواة واحدة وبعض خلايا مجوفة وكل بيضة خلافا لمثل رقيق نصف شفاف

وعلى الديدان الخيطية في المستقيم ولذلك يبرر عنها ايضا بدودان المستقيم ويكون عدد الديدان الانثى المتحة كثيرا جدا وينشأ منها

في الغشاء المخاطي الترابي وتندر مشاهدة الديدان المذكور وبعضهم يقول انها تتلاشى بعد تلقيح الانثى ويصير اذ كل ٩ افاث من اللود ذكر واحد

(الاسباب) متى وهمل بين الديدان الخيطية الى الماء ربما يحمله الذباب وينقله الى الفواكه والخضراوات ونحوها ومنها الى الانسان ولكن بعضهم لا يعتبر العدوى بهذه الكيفية ويزعم ان البيض يفسد الماء فلا يفتس بهما (ايشورست) وانما تحصل العدوى باستقال البيض بواسطة يد نفس المريض الى الفم ثم وصل الى المعدة يذوب غلافه من تأثير العصير المعدى وينفذ الجنين الى الاسماء وينمو فيها ومتى كبر يحصل تلقيح الانثى ثم توجه الى الاعور وتنتشر في الاسماء الغليظة الى غاية المستقيم

وتشاهد الديدان الخيطية في جميع البلاد وتصيب الاطفال والنساء اكثر من الرجال ويكثر حصولها عند سخرى العقل والمهملين في النظافة وربما استمرت عند الشخص مدة حياة بسبب استمرار العدوى منه لنفسه فان هذه الديدان في حد ذاتها قصيرة الاجل بحيث ربما يجو منها المصاب بها متى اعتنى بالنظافة والشروط الصحية الكافية

(الاعراض) لا تشاهد الاعراض العامة السبب اقوى والموجهة الا اذا كانت الديدان في الاسماء الدقيقة وتكون اخف جدا من اعراض الديدان الحراطينية ومتى وصلت الديدان الى الاسماء الطليقة والمستقيم يحدث منها اكلاون في الشرج خصوصها في النساء عند دخول في الفراش ويحصل اسهال بسيط او مصحوب بنزير وتخرج معه مواد مخاطية منعقدة يبرر عنها بعض الديدان وتشيخ الديدان المذكورة بسهولة في فراش المريض خصوصها في الليل او تعزل الى الجبان وتدخل في

في فرج المرأة وفي قلفة الرجل وتحدث في هذه الأجزاء سيلانا مخاطيا
وأكلانا شديدا ربما تسبب منه هيجان أعضاء التناسل أو الانتهابان
الشديد أو التعود على جلد عجيبة عند الشباب وقديم ذلك الأكلان
الجلد عقب انتشار الديدان عليه وربما تسبب عنه طغح أكراما وحى
فخصومها في الثنيات الجلدية والسرة

(التشخيص والانتذار) يتأكد التشخيص بالبحث عن المواد الطفيلية
واستكشاف الديدان فيها التي تعرف بأوصافها الطبيعية وحركاتها
المستمرة وبالمقلح حركاتها سميت أيعضا بالديدان القفازة ويمكن
استكشاف بعضها بالبحث في المواد الطفيلية المتبقية في ثنيات الشرج
(ايشودست) وليس في هذه الديدان خطر

(المعالجة) يلزم إعطاء الأدوية الطاردة للديدان كالمستقرين وإتباعها
بمسهل لأجل تخفيف الأمعاء وبعد ذلك تفصل حقن في المستقيم يدخل
فيها الثوم والحل (برس) الثوم ونقعه مدة ١٢ ساعة أو يضاف
إليه الخل بقدر ٣٠ في المائة) أو ماء الصابون أو ماء الجير أو منقوع
خشب المر أو عسل ملح الطعام أو غير ذلك ويكرر الحقن مدة أيام متوالية
ولأجل منع سرمان الديدان يد من الشرج والتجان بالمرهم الزينقي إنما
يحتس في استعماله عند الأطفال خشية حصول التلب الزينقي
ولأجل تدارك الإصابة بهذه الديدان يلزم الاعتناء في النظافة والشروط
العصية التامة

(النوع الثالث في الديدان الشعرية الرأس أو التي يكون سعال)
هذه الديدان تسمى أيضا بالعمسية لغلظ جسمها كيد القامشة ودفق
رأسها وعنقها تحيط القامشة وطول الانثى نحو ٥٠ ملمترا وطول
الذكر نحو ٤٠ أو ٤٥ ميليمترا ووزنه الذكر مئو على نفسه كذب الديدان
الحراطينية والحيطية ولكن بدل أن يكون الالتواء كالحراطينية والحيطية

غوا البطن يكون. في هذه الدودة الشعرية غواظ الظهر
وشكل يبين هذه الديدان بيضاوية أو مقلبة مقطوع الطرفين وطولها ٥
من ميليمتر وعرضها ٢ من ميليمتر ولونها ابيض ومترين في طرفيه يعوز
واضح نصف شفاف وفي باطنه مادة جيرية

ويجلس هذه الديدان الامور ولذلك يجوز تسميتها بديدان الامور ولكن
مشاهدتها في جميع البلاد وتصيب الاشخاص في جميع الاعمار ولا تعلم
سبل الاصابة بها ولا تنجب منها اعراض خاصة وقد شوهد حروجا
في المواد البرازية في الحي التفويضية وقد وجدت في المواد الثقيلة يتقن
التشخيص وليس لها ادوية خصوصية بل يمكن استعمال الادوية الطاردة
للديدان واتباع تعاملها بالمسهلات لاجل تخليص الامعاء منها
(النوع الرابع في الديدان الموجدة القم أعا الانكوسوما)

وتسمى هذه الديدان ايضا بديدان الاثني عشر وذوات الاربعة اسنان
وكانت قديما محصية ببلاد المشرق تقريبا وبقرى بخط الاستواء ثم شاهدها
دويسين في ميلانو سنة ١٨٥١ واستكشف جربيجر وليمارس ايتهاطيا
بالانفيا المصرية سنة ١٨٥١ ونخريز وجدها منتشرة في البرازيل سنة ١٨٥٤
وفي الازمنة الاخيرة كثرت هذه الديدان في اورو با خصوصيا بين شتالي
الهنوم والطواين في الموريجر وبعض جهات من المانيا وفرنسا والسلوينا
وهولندا وانجر ويمكن اعتبار الجليكا الانسكا لها

واوصاف هذه الديدان انها اسطوانية وجسم الذكر منها ملتق أو مقلوب
خصوصا من جهة الذنب وطولها من ٦ الى ٨ ميليمتر وأما الانثى فانها قليلة
الالتواء أو مستقيمة وهي اطول من الذكر بحيث يصل طولها الى ١٠ أو ١٢
ميليمتر ويكون الذكر دقيقا خيطيا مبيضا اللون وأما الانثى فتكون
أضخم منه ولونها ابيض وسخا أو سمحا بسبب امتلائها بالدم وطول
الذكور اقل من عدد الاناث في نسبة الثلث أو السدس وتكون الرأس في
النوعين

الفرعين مثنية نحو الظهر على زاوية قائمة تقريبا والغم مرفوع بأربع أصابع
من الشنبرين البراقة وينشأ من أشداء الرأس نحو الغم معها وهذا هو
السبب في تسميتها بالدودة المعوجة الغم والمظنون أن عمر هذه الديدان
لا يزيد عن الثمان سنين (اليشورست)

والبيض له غلاف رائق ويحتوي على مادة مسحة تجبر كلما تقدم نحوها
ويختلف طولها بين ٦ و ١٠ ميليمتر وعرضها من ٢ ونصف إلى أربعة
والأسباب في الديدان المعوجة الغم يخرج مع المواد البرازية وينفص
في الماء والأحوال والطى وتخرج منه ديدان دقيقة جدا قوية الحركة
متى وصلت إلى القناة المعوية للإنسان تنمو بسرعة وقد يبلغ عددها
بعض مئات إلى بعض الوف (جراح) وجد فيها من ١٠٠ إلى ٣٠٠٠ عند بعض
المرضى) ويكثر بعضها حينئذ وربما بلغ الملايين وهذا هو السبب في انتشارها
في البلاد الحارة وكما ذكرها بين الأشخاص المجهلين في الشروط الصحية الذين
ياكلون وايدريهم ملوثة بالطين الأبيض ويشربون الماء المتسك كالفلايين
والسنانين والقمايين والطوايين

(الشرح المرضي) توجد الدودة المعوجة الغم غالباً في الصائم والأخ
عشري وقد يكون الأشخ عشرى هجرها منها ولذا كانت تسميتها بالأشخ
عشرية غيرها ثمة وقد تصل إلى الفائف وتثبت هذه الديدان في الشفة
الداخلية للأعضاء وتنقبه وتمتص الدم من أوعيته والذكور منها أقل ضرراً
من الإناث لأن الإناث تمتص من الدم زيادة عن اللازم لتغذيتها فيصبل
الدم من ذنبها ويظهر أنها تمتص من أصل الدم وتترك الكرات الدموية
التي تقي في قناتها الهضمية بدون أن تتنوع ومنها كثر عددها طمأ
بزيادة مقدار الفقد الدموي لأسبابها وإنها متى تنقلت من نقطة إلى أخرى
تختلف منها جروح تدعى بجروح الديدان مختلفة وربما امتلأ تجويف
الأعضاء من دم التزيف ولكن خروج الدم من المستقيم هنا نادراً جداً

١٩٠
وإذا فتح الحشة عقب الموت فو را يمكن مشاهدة بعض الديدان حية ثابتة
في الغشاء المخاطي للأعضاء ويوجد جسمها متحركاً بحركة تشبانية وبقية الديدان
ميتة ومختلطة بالافرازات المئوية وتوجد آثار جروحها على هيئة أنابيب و
فتحات أو بقع عريضة ويوجد بعضها محملاً على حسب قدمها وتوجد البعض
قام الالتصاق وأثرته منجبة ويكون مجلس الجروح في الغالب خلف ثنايات
الغشاء المخاطي للمصائم المبر عنها بالعظام حيث تتوارى فيها الديدان
من تأنيدها المواد المعدية عليها وقد تتجاوز الديدان الطبقة المخاطية
وتثبت في الطبقة العضلية تحتها

وبالتأمل في الجسم والاحشاء توجد جميع الأجزاء بأهته اللون زيادة
عن لحد وأغلب الاحشاء مصابة بالاستقامة الشبيهة أو التشوية المبر
منها بالاستقامة الانماوية ويوجد ايضاً بعض أنزفة تشوية خصوصاً
في المراكز العصبية وتغAAC العظام

(الاعراض) يستدل بما سبق ذكره في التشريح المرضي على أن أعراض الديدان
الاشخائية عشرية على نوعين وهما اضطراب الهضم المتعلق بتأثير الديدان اللعوية
والانيميا الناشئة من الفقر الدموي

ويختلف ظهور هذه الاعراض وسيوما طبيعياً باختلاف عدد الديدان ومقدار
الفقر الدموي وبعضهم يزعم أن هذه الديدان تعجب الانيميا في مسافة
شهرين ولو كانت قليلة العدد وينسب ذلك لافرازات الديدان التي لها
تأثير مضيف أو سم ينفخ مفعوله الى تأثير الفقد الدموي ويزيد

ثم ان اعراض الاضطراب الهضمي تظهر ابتداءً يشتكي المريض بقع أو
ثقل أو ألم في القسم الشراسيني ويحس بجراح وحموضة في المعدة
واستفراخ في البطن وضعف الشهية أو يحصل القيء مصحوباً بأمسالك
أو اسهال وأما أعراض الانيميا فأنها سريعة الظهور وربما اكتسبت
سرعة الانيميا الحثيثة وانتهت بالهلاك في مسافة بعض اسابيع وهذا

هو

هو المسمى بالشكل الحاد

وأما الشكل المزمن المتناذر فتكون الانيميا فيه بطيئة السير وتستمر سنين عديدة وتنتج بالهلاك اما من تقدم الكاشيكسيا الانيمياوية المعروفة هنا بالكماتيكسيا الديدانية او عقب المضاعفات العديدة التي تصيب المريض وخصوصاً الدوسنتاريا والالتهاب الرئوي

وأعراض الانيميا هنا تشبه عموم الانيميا كبهامة الوجه والاضحية الخاطية والجلاء وضعف القوى والضعف وسهولة العرق عند فعل الجهودات وضعف التنفس والخفقان والدوار وطنين الاذنين وضعف البصر والميل الى الانحما وضعف النبض وسرعته والتفخ القلبي والوهجان وتنوع الدم ونقص كراته الدموية وزيادة البول وميوعته واحتوائه على الليان

فربما زاد الاضطراب الهضمي والشبهية ويتعاقب الاسهال مع الاسساك ولا يوجد الدم في البراز الا نادرا ويكون بمقدار قليل وبالحث عن هذه المواد بالميكروسكوب يمكن استكشاف البيض فيها وبالتفحص لتحدها يمكن الحكم بعدة الديدان المعوية ولأجل البث الدقيق عن المواد البرازية يلزم أخذ مقدار معين منها نحو جرام يحل في قليل من الماء ويمد البيض الموجود في ذلك المقدار ومن النادر وجود الديدان مع البيض قبل استعمال الادوية الطاردة له ومتى خرجت بعد تناول هذه الادوية تكون ميتة عادة وقلة يصحبها بيض ديدان اخرى كبيض الديدان الخراطيمية والشمرية الرأس وأنظية

وانشاء الازرق نادر ولا أمل فيه عادة الا بعد طرد الديدان بالادوية الخاصة والتحقق من الميمى بعد ذلك ويشترط لقام الشفا ان تحصل للملكة قبل دور الكاشيكسيا وأما اذا تقدمت الكاشيكسيا الديدانية وحصل الاستحالات الشبيهة والسنتوية في الاحشاء فان المعالجة لا تنفع وتحتجز الارشادات الاوزيماوية والانكابات المعوية وتهبط القوى ويزداد

عسر التنفس ويعير البول زلاليا أو مدميا ويعير للمريض عرضة للضرعاف
الرئوية والاسهال والدوسنتاريا ويهلك في حالة هوكه زائفة
(التشخيص) يستدل على وجود الاكلوستوم بالاحابة بالانيميا وميشة
المريض والشروط المساعدة على انتشار هذه الديدان ومن حصلت الشبهة
يجري البحث عن المواد الثقيلة واستكشاف البيض الذي يغير بجزءه الباهض
ومن وجد البيض يعطى للمريض مقدار من الادوية الطاردة الاكلوستوم
والبحث عنها في المواد الثقيلة وبهذه الطريقة لا يمكن التماس المرض بانواع
الانيميا ولا بالكا شيكسيات التي تشبه باعراضه العامة
(الانذار) يكون الانذار جيدا اذا فلت المصلحة الثلاثة في ابتداء
المرض فان القوى تعود مع العجة بسرعة ولكن التكتلات سهلة مع
عدم مراعاة الشروط الصحية ومنه ومن المرض الى دور الكا شيكسيات يصير
الانذار خبيثا واغلب الاحوال

(المعالجة) اقوى الادوية الطاردة للديدان الاثنى عشرية هي خلاصة
الشخص المذكور التي يلزم اعطاؤها بكميات كاف (من ١٠ الى ٣٠ جراما انشوت
وتؤخذ صباحا مع قليل من الكونياك ولأجل تدارك الغثاس والاعمال لزوم
استراحة المريض في الفراش وتعطى له قهوة أو ليمونا تا من عصير الليمون
أو يعطى المتعول بكميات من ١٠ جرامات بالتدريج اعطى على ثلاث
مرات أو أربعة في اليوم وتلزم مراعاة الشروط المعتادة لطرد الديدان
اعض تخضير المريض قبل تقاطع الدواء واعطاء مسهل بعد تقاطع لأجل
خروج الديدان وتطهير الامعاء وليس من النادر خروج مئات من
الديدان مرة واحدة الى ١٤٠٠ (بيرونا) ولكن في بعض الاحوال يلزم تكرار
الدواء مرتين أو أكثر على حسب النتيجة وبعد اعطاء الدواء يتوقف جميع المواد
الثقيلة وغسلها في مثل من الشعر أو السلك الدقيق لأجل عدم ذهاب الديدان
والتحقق من وجودها وعددها أو خفها التام

وبعد تخليص المريض من الديدان يبادر باستعمال الاغذية المقوية والمركبات
المعدنية والادوية المرة لاجل تقويته ويجتري من التعرض لشمس وط
العدوى فيما بعد

(الفصل السابع في امراض البريتون)

البريتون هو غلاف معلى له ورقتان رقيقة جدانية ورقيقة خشونة
تتولد منها ثنيات عديدة اهمها المساريقا والغرب والاربطة الهدية
والبريتون له ارتباطات وتلفقات قوية بالجلد والشاء المخاطي والبلعوم
والثامور وغلاف الخصية وليس له ارتباط بالاعشية المفضلية ولا
بالسحايا وهو مثل البلعوم والثامور عرضة للالتهابات والانسكابات
والدرن والسرطان وهو يشترك مثلها ولكن بدرجة اقل مع التهاب
الاحشاء الخلف وهو مثلها ايضا في الاصابة بداء برات ولكن يحالفها
في تدمر الاصابة في الروماتيزم وعقب تأثير البرد
وامراض البريتون المهمة هي الالتهابات باقواعها (اعلحاد والزنخ والدرف
والسرطان والاستسقاء الزق)

(المبحث الأول في التهاب البريتون الحاد)

التهاب البريتون الحاد اما ان يكون منتشرا عاما او جزئيا محدودا ويكون
ذاتيا او تابعا

(الاسباب) التهاب البريتون عقب تأثير البرد فادر جدا ويعقب غالبا
الاسباب الجراحية كالجروح النافذة والرض والعمليات الجراحية متى
احمل في الاحتراسات المضادة للعفونة وأما الالتهاب البريتوني
التابعي فانه يتعلق بالآفات الخشونة لاسيما الاحشاء المجوفة كالامعاء
والحمة والحوصلة المرارية والثانة لأن التهاب هذه الاحشاء يكون عادة
عضوا كتهاب الاعور والانسداد المعوي وتقرحات المعدة والامعاء
وآفات الدوسنتاريا والحمل المتفجيرية ثم متى استعيت الاحشاء المذكورة

وانسكب مضمحلها في البريتون يكتسب التهاب البريتون عادة حدة قوية
 ويكون ميتا كما يحصل في انتهاب الامعاء والمعدة والمثانة والحوصلة الصفراء
 ومن الاسباب المهمة لالتهاب البريتون الحالة التنفسية لالتهاب الرحم
 ربما يصل الى البريتون بواسطة قناة فالوب أو بواسطة فيج نفس
 الرحم أو يقب التهاب الاوردة الرمية وامتلأها بالميكروبات أو الصديد
 وكذلك البليوداجيا والحمل خارج الرحم وانسكاب الدم من قناة فالوب
 فتجوف البريتون ربما يقب التهاب حاد ولذلك يلزم الاعتناء والبحث
 عن اعضاء التناسل عند المرأة في الاحوال التي يكون سببها غير

متفخم
 ولما انشاء الجرح كالكبد والحبال والبيض والكلا فان التهابها
 البسيط وخفاتها يتضاعف عادة بالتهاب بريتون محدود بسيط بخلاف
 خراجها وإيكاسها الديدانية فان انفجارها في البريتون يوجب التهابا حادا
 الخطر

وقد يقب التهاب الوديد السريع التهاب البريتون الحاد عند المولود
 حديثا

وقد يشاهد التهاب البريتون متعلقا بالامراض العامة كالامتناس
 الصديدي والحيمات الطفحية وداربرايت وكثرة لايشانز الى ما يلزم الا
 في احوال استثنائية

ويشاهد التهاب البريتون في جميع الاعمار واكثر حصوله بين سن
 ١٠ و ٤٠ ويصيب الاناث اكثر من الذكور

(الشرع المرضي) يتصف التهاب البريتون الحاد المنتشر باصاف
 التهابات الاغشية المصلية كالبيودا والنامور ويكون شلها إما
 جافا ليفيا النقييا أو رطبا مضمحيا بانسكاكات مصلية أو ليفية
 صديدية أو دموية ، انا تكون انواع في القالب مشتركة وأقل وضوحا

ويبتدئ الالتهاب باحمرار البريتون والاحتقان الأوعية الشعرية تحت
 بدرجة غير مستوية ويكون الاحتقان في الغالب أكثر وضوحاً بجوار المساريقا
 على هيئة خطين ممتدين بامتداد الأمعاء على هيئة المساريقا ويسارها أو يمينها
 تفسير استعداد الاحتقان المذكور بأن الالتهاب البريتوني يوجب تمدد
 الأمعاء وامتلاءها بالغازات وينشأ من ضغط عراها على بعضها فتكون زوايا
 تقرب ارتباطها بالمساريقا من هذا فيها الاحتقان وضيقاً لذلك لا يشاهد
 هذا الاحتقان متى حصل انسكاب بريتوني فكمية كبيرة بحيث يبعث
 تمدد الأمعاء (فاج)

وقد يتسبب من الاحتقان تمزق الأوعية الشعرية وانسكاب الدم تحت
 البريتون على هيئة نقط أسكوية ثم يحصل ارتشاح لبني أو قيحي على
 سطح البريتون ففي الحالة الأولى يفقد الغشاء المصلي لمعانه ويصير كالبياض
 وتتفق بشرته وتسقط وتتفقد النفاذ على سطحه على هيئة أغشية
 كاذبة متقلبة بكرات دموية بيضاء وفي الحالة الثانية لا يفقد الغشاء
 المصلي لمعانه ويصير ملتهباً دسماً ويهلك المريض في الغالب قبل تمام
 الآفات زيادة عما ذكر

وقد يحصل ارتشاح مصلي قيحي تحت البريتون خصوصاً في الثوب والمساريقا
 بحيث يمكن نزح البريتون بسهولة عن الأعضاء تحته ومقتضى تقدم الالتهاب
 ينشأ عنه انسكاب بريتوني عكس يحتوي على ندف ليفية وكرات بيضاء أو
 قيحية وعلى حسب مقدار هذه الكرات يختلف لون السائل من اللون
 المصلي إلى اللون اللبني والقيحي المعروف

ثم إن الارتشاح اللبني يوجب التصاق البريتون في النقط المتلامسة
 كبرى الأمعاء والمجاورات الحشوية وبالأخص المكرو سكوي يرى أن سبب
 الالتصاق هو وجود الخلايا الدموية البيضاء التي تتحول إلى خلايا حلقية
 وبعد قليل تظهر فيها أوعية حديثة التكوين جدرانها رخوة جداً بحيث

يسهل تفرقها بالجذب والضغط الذي يطرا عليها من الاعضاء المجاورة ويعقب ذلك انسكابات دموية يختلف مقدارها في باطن البريتون وقد يكون الالتصاق البريتوني عاما لقويته بحيث لا يمكن منه فتح البطن بل يجيبه تشريح الاحشاء على انفرادها وانما يكون الالتصاق في الغالب غير عام وغير تام بحيث يتيسر الاحشاء اتمام حركاتها ووظائفها وانا عاش الشخص مدة ربما يمدد نسج الالتصاق على هيئة الحبة أو أجبال مختلفة الطول ويصير للرغيف بسببها عرضة الاختناق المعدي وفي الأحوال الحميدة تلين الارتشاحات والاضحية اللبنية وتتحلل إلى الحالة الطبيعية وتختفي وقد يعقب امتصاص الارتشاحات والانسكابات البريتونية وتلاصق وربقات البريتون بعضها التام وتتضمن النقط الملحقة - بعضها مع الزمن ويتسبب عن ذلك ثبات الاحشاء وتشوهها وقد يفقد الانسكاب الصديدي على هيئة كتل جنية في وسط النسيج الليفي ثم ان الانسكابات المتحتمة من التهاب البريتون الحاد لا تكون مصلية صرفا بل تكون مصلية لبنية أو مصلية فحجية أو تكون صديدية صرفا وربما بلغ مقدار الصديد تسعين ليترات وقد يكون الصديد منتنا محمرا كالشوكولاتا ورائحته نفثا دية نافذة ويكون محتويا على كثير من الكرويات وهذا هو المشاهد بالأنف في التهاب البريتون القاتل أو عقب انسكاب المواد الثقيلة في البريتون والانسكاب الدموي يحصل اما من تفرق الأوعية الحديثة التكوين في التهاب البريتون الليفي أو في التهاب الدرق والسرمائي أو في الفورفور والاسقم وحتى كان الانسكاب البريتوني قليل المقدار يجمع في الجوف الصغير وكما زاد مقدار الصديد تغير انتظام في تجويف البطن بالنظر لوجود الالتصاقات الكثيرة التي تعيق تحركه باستواء ولا يسهل الانسكاب البريتوني بالاستعاضة والشفاء إلا في أحوال استثنائية والمادة

انه يستحيل الى الحالة المزمنة أو يؤكل كل الاحشاء وينفتح فيها أو يؤكل
الجلد وينقب في الخارج
وأما الاسماء فأنها تكون عادة مستحقة بالنفازات ويكون غشائها الخاطي
مستحقة ومنطوية بطيئة فحسية ويجدها باهتة سمكية ومرتشحة
حيث يسهل نزع البريتون عنها

وتكون هيئة الحنة مخفوضة لاسيما عقب الالتهاب البريتوني الشائى
من انتقاب الاحشاء المجوفة فتكون الحنة هابطة والانف مدببا والافين
غائرة والبطن مستحقة ومتورئة وإذا كانت الاسماء مشقوبة وبما خرجت الغائزات
يصوت صغيره عند فتح البطن وقد يتحجب الحجاب الحليز حتى يصل الى
الضلع الرابع أو الثالث فيضط على الرئة ويحول القلب ومع ذلك
فإن الاستنساخ لا يكون دائما بهذه الدرجة وأما عضلات جدد البطن وطح
الاحشاء الجوفية فأنها تكون باهتة كأنها منقوعة
وأما الالتهاب البريتوني المحدود فإنه يشاهد عادة في الحفرة الحرقفية أو حول
الرحم ويكون نادرا في القسم الشراسيفي والمراقي ويحدث من التهاب الاحشاء
المجاورة أو انتقابها وانتكاس موادها فتجوف البريتون وتصلب الالتهاب
في موضعه على هيئة بورق صديدي تنفتح اما في الاحشاء كالاسماء والثانة
والمهبل او في الجلد فيسفل البورق أو يميل عنها فتكون نواشير مستطيلة
في جدد البطن او في الابية أو الخد

(الاعراض) اعراض الالتهاب البريتوني الحاد المنتشر تختلف باختلاف
الاسباب والشروط الشخصية وتكون الاعراض في العادة حادة حذا
عقب الجرجح النافذة وانتقاب الاحشاء المجوفة وانتكاس موادها
في البطن فيحصل ألم شديد مسبق في الخالب بقشور و يكون الألم في
الابتداء محدودا ثم ينتشر بسرعة على عموم البطن ويصل الى الدرجة لانفطار
ويصير محرقا أو مزقيا يثور بأدنى حركة يفعلها المريض ويشتر مد

السعال والمطاس والفواق والقيء والتخوط والبول وحركات التنفس
وجدها تزيد فحدة ولذلك يجتهد المريض في تثبيت الجذع والحجاب
الحاجز ويتنفس بالجزء العلوي من الصدر فتصير حركات تنفسه قصيرة
متواترة ربما وصلت الى ٥٠ في الدقيقة ويحس ملامسة الملابس للفرش
لجدر البطن ولا يحل وضع اليد عليها ولو بخفة ويرجع رقاده على ظهره
وتحركيته تكس تسرخى جدر البطن وترتفع درجة الحرارة جدا وتصل
الى درجة ٤٠ وما فوقها بدون فرق في الصباح تقريبا ومع ذلك فقد
تتخفى الحرارة في الابتداء كما يشاهد ذلك في اشتباة الامعاء عند
المصابين بالحمى التيفودية ويصحب انخفاض الحرارة برودة في الاطراف
وأما النبض فإنه يصير متواترا بحيث يبلغ نحو ١٠٠ الى ١٥٠ في الدقيقة ويكون
في الابتداء ضعيفا دقيقا شعريا متواترا ومركزا ثم بعد ذلك يصير ضعيفا
وقابلا للضغط غير منتظم خيطيا لا يكاد يحس به
وفذين يسير تنقع البطن وتوتر جدها وتصلب باذ ملامسة بسبب
انقباض عضلاتها وتعد هذه الظاهرة من الملاحظات المهمة في التشخيص
وينسب انتفاخ البطن الى عقد الامعاء بالفازات وشلل جدها وتختلف
درجة صوت القرح باختلاف درجة الانتفاخ فاذا كان الانتفاخ غير
مفرط يكون الصوت زانا طليما واذا كان الانتفاخ مفرطاً يكون الصوت
زانا أصلا لتوتر جدر البطن وقلة اهتزازها بالقرح وقد يحس في الحس
بصوت احتكاك بريوتوف يشبه الفرقة الخفيفة اول من شحه (بيق
وبريت) ويمكن سماعه بدرجة واضحة بالمسطح او بالأذن وجدها
ويمكن تشبيهه بالاحتكاك البليوراوي
وكما تزايد انتفاخ البطن يضطرب على الحجاب الحاجز ويدفعه في تجويف
الصدر. ويوجب ضغط الاحتشاء الصدرية وتحتوها واضطراب
وظائفها بدرجة مختلفة

ومقصد الانسكاب البريتوني بدرجة كافية تحس بالاصمية في الجهات المنخفضة وقد يصحبها تنوع واضح اقليل الموضوع وزيادة الانسكاب تعلق عادة باستقال الالتهاب الى الحالة المزمنة

ويصحب استسقاء البطن والمضغقي متكرر يكون ابتداء من مواد مخاطية ثم يصير صفراويا كالحشيش أو الزاج الاخضر ومق تقدم المرض يمكن مشاهدة القيح الشبيه بالمواد الثقيلة الذي ينسب الى شلل الجدر المعوية ومق قرب الموت يقف القيح ويحل محله فراق متعب ويصحب القيح امساك مستمرا لأنه يمكن صرفه بالمسهلات ولحقن للملينة وينسب ذلك الامساك الى شلل الطبقة العضلية للأمعاء وأما البول فيكون متعذرا زجريا بسبب تأثير الالتهاب البريتوني على الطبقة العضلية للثانة ويكون البول عمرا مركزا زلاليا يحترق في الغالب على النيلة والقيح (جافيه) التي تأق من الامعاء وقد سبق القول على تولدها عند الكلام على الانسداد المعدي

ويكون السان عريضا مبيضا ومخا ولكن مق تكرر القيح يصير عمرا جافا وضيقا كأنه ضامر مشتق ومتقبض تقاطع الوجه وترسم على السخنة هيئة التالم والفجر ويتدرب الانف وتبرز الوجنتان وتغور اليسان في الحجاب وتطاطبهاالة مزقة ويحصل هبوط ولخطاط في القوي وتبرز الأطراف ريشة الفواق ويضطرب التنفس ويدق النبض ويضعف الصوت أو ينفق ويهلك المريض في اليوم الثاني أو الثالث أو الرابع وربما هلك في مسافة بعض ساعات أو ينتقل الالتهاب الى الحالة المزمنة وأما القوي المقلية فأنها تبقى محبوسة عادة الى آخر مق الحياة أو يسبق الموت حالة هذان خفيف والشفا نادر جدا

وتتنوع الاعراض قليلا بتنوع السبب ففي الالتهاب البريتوني المنفاسي المنتشر مثلا يتبدى الاعراض من اليوم الثاني الى الخامس بعد الوضع ولا تضاب به المرأة بعد مضى الاسبوعين ويصحب الاعراض في الغالب

٤٤٠
قشرية متكررة واسهال زحيري واستفاح زائد فالبلغم وتهلك المرأة
بسرعة ولا يكاد يؤمل الشفا
ولا يحصل القيح أولا يمكن في التهاب البريتوني المنتشر الناشئ من
تمزق المعدة وذلك بسبب تغرغ المعدة والبريتون وفي تمزق الأمعاء
تنسكب الغازات مع المواد الثقيلة وتجمع الغازات في الجهات المنخفضة بحيث
يتنوع جلوسها بتنوع اوضاع المريض وتهبط الامعاء عادة تحت الغازات
فلو شمع القراق المعوية ولا الاحتكاك البريتوني ويستحسن بالقليلة
البقراطية وقد يستشعر المريض بالتمزق الحشوي وقت حصوله وتحصيل
الاعراض بالمعدة التي سبق شرحها أو يكون المريض معابا من قبل الجحى
التيقودية أو الذئبة أو الدوسنتاريا بدرجة متقدمة وجسمه في حالة
ضعف ولخطا زائدين فظهر عنده الاعراض البريتونية قليلة الحدة
ويكون الألم والقيح والقولنج خفيفا وقد تنخفض الحرارة بوقتها وتنفتح
البلغم بقوة ويبدئ ذلك من الملامات المهمة في التشخيص ويسرع البلغم
جدا ويدق وتبرد الاطراف وتغطي بعرق بارد لزج ويهلك المريض
علجلا

وهناك شكل من التهاب البريتوني شرحه المعلم جويلير يتصف
باعراض بريتونية خفيفة تنتهي بالموت بسرعة وبالقيل لحقة الاعراض
الالتهابية جدا يسرع عنه بالحالة البريتونية وينيب الموت فيها للاصابة
بالاعصاب السمباثية للطن
وأما التهاب البريتوني الحزني اعالمه دود فانه يكون في الغالب حول
الرحم أو حول الاعور واعراضه اقل حدة وخطرا منها في التهاب
المنتشر وينتهي غالبا بالقيح ويكون خارج حوال الرحم أو في الحفرة الحرقية
فينتهي بان ينفخ في الاحشاء المجاورة أو على سطح الجدار وبالحس البطق
والهبل والمستقي ربما يتعين مجلس التهاب في النقطة المذكورة
(التشخيص)

بالتشخيص) الالتهاب البريتوني الحاد تشخيصه في المادة سهل باعتبار هيئة المريض والألم والأعراض البريتونية ولا يلتبس بالأمراض التي تطرأ مثله فحالة عند اللقيين بظواهر المصبة الشامة التي تتضاعف بالقيء والألم كأنواع المنص المعدة والمعدة والكبد والكلى والجلد والاستري ولكن أنواع المنص المذكورة لا تعصبها حركة سحبة وبعضها يتلف أو يترج بالضغط وباعتبار مجلسها والأعراض الخاصة بكل منها ويوافق المريض يتوصل إلى التشخيص

وأما استداد الأمعاء فإنه يتميز عن الالتهاب البريتوني بالاحتباس المطلق للأمعاء وعدم خروج الغازات بالكطية ولكن نفس الاحتباس كثيرا ما يتضاعف بالتهاب البريتون

ومما تدل على التشخيص يلزم البحث عن سبب الالتهاب البريتوني لما في ذلك من الأهمية في الإنذار والمعالجة ويسهل تبيين السبب إذا كانت واضحة وإنما يتعذر إذا كان كما يشاهد ذلك مثلاً في قرحة المعدة أو الاثنى عشرى وانوريزما الاورطى البطنية أو يكون الحكم صحيحاً بالنظر لوجود المريض في حالة ضعيفة متقدمة مدة سير الحمى التي قد دية أو داءات مثلاً

(الإنذار) الإنذار على العموم خطر وخطر أكبر من خطر الالتهاب البليوراوي والتاموري وفي درجة الالتهاب السحائي والالتهاب النفاسي المنتشر والذي يعقب تمزق الأمعاء أشد خطراً من غيره وكذلك الالتهاب النقيض خطراً وبالجملة فإن الحالة الضعيفة وشدة عوارض النقص ودرجة والعواقب معلنة بقرب الوفاة

(المعالجة) تتنوع المعالجة بتنوع الشروط الشخصية والأسباب وعلى العموم يلزم استراحة المريض في الفراش على ظهره بوضع ثابت ونشخ وركبته وتوضع الوسادات تحت المابضين لأجل استناد الخدين ولا

يصير له الا بالاغذية السائلة كاللبن والمرق وماء النبيذ الجليد واذا كان الطش شديدا يخفف بمزيج من الجليد وتوضع على البطن لينة ساخنة تغير كلما بردت ويمسح من البطن خلاصة الافيون بمقدار ٥.٠٠ أو ٣.٠٠ سنتر جرام مرة في كل ساعتين ومن الم شاهد أن المرضى هنا حق الاطفال يحملون الافيون بدرجة خارقة للعادة فلا يخشون من تناوله الا اذا ابتدأت الحركات في الانقباض فانها هي العلامة الدالة على بلوغ التديرين حينئذ تنقص مقدار الافيون تدريجا لايقافه

والغرض المقصود من الافيون تسكين النفس وتخفيف حركات الامعاء وذلك لانهم معالجة الامساك ولما سقر ثلاثة ايام فاذا زاد عن ذلك تفضل حقنة ملينة

ولا يلزم فصد المريض ولا استعمال المركبات الزيقية كالمرهم الزبيق والزبيق الحلو خشية حصول ضعف في مقاومة المريض وهذا القول يوصى بعضهم اذا اقضى الحال بأمر سائل الملق من ١ الى ١٢ علقه لاجل لطيف الألم ويمكن تسكينه بسرعة والقيء والقواح للتب بالحقن المورفينية أو بالكلوروفورم

واذا كان الانتفاخ البطن مغرطا توضع على البطن مروخ ترمنينية فتؤخذ قطعة فانيليا وتبل بالماء الساخن وتصر جيداً ويرش عليها روح الترمينينا وتوضع على البطن او يدخل في المستقيم بمس طوليل يصير توصيله الى الامعاء المظلمة ولكن حصول النتيجة بعبادة من ذرا البيل ليس دائما وبعضهم يوصى بيط الامعاء بالآلة بانزلة شعرية ولا ينال ذلك من الخطر والاصوب وضع حركات جديدة او مثانة مثلية بالجليد على البطن او فعل حقن جليدية او ترمنينية والمستقيم ومطى لجواهر الطعنة للمضادها كالاستيفيرين (٥.٠ الى الجرام والمسا) والثاني

والثاني (٥٠٠ سنتيم كل ساعتين) حتى تصرف الحمى والاحسن من ذلك
 الانتهيين بمقدار ٣ الى ٥ جم من الباطن في اليوم أو يفضل حقناتها الجدا
 بمقدار ٥٠٠ سنتيم في كل ربيع أو نصف ساعة حتى تصرف الحمى
 وبالحيلة قلزم مراعاة السبب بالدقة فإذا كان السبب هو اشتبااب المعدة
 فيقتضى لحرمان المطلق أو لا يصرح له إلا بمعلقة صغيرة أو ملعقتين
 من المرق مع الاقيون وبعض قطع صغيرة من الثلج لأجل تسكين العطش
 وبعد مغضي يومين أو ثلاثة يكرر تناول المرق كل ثلاث ساعات مرة
 بالمعلقة الكبيرة لأجل تغذية المريض فتعمل له حقن مغذية في
 المستقيم وهذه الحقن تساعد أيضا على إطفاء العطش ودفع الاساك
 ولا يصرح للمريض بزيادة تناول الأماق إلا بعد مغضي اسبوع بالاقل
 ويحرص بعدها مدة كافية في التدبير الغذائي

وأما إذا كان السبب هو اشتبااب الزائدة الدودية فيلزم تجنب المسهلات
 ولحقن المسهلة مطلقا ولما ستر الاساك عدة أيام وتراعى بقية الشروط
 العلاجية السابقة

وإذا وصل الالتهاب الى درجة الخطر وكانت البطن مستحقة جدا والنفس
 متواترة دقيقا والحالة الضعيفة ظاهرة بحيث لا ترجى حياة المريض يمكن
 الالتجاء الى العملية الجراحية التي يقصد منها فتح البطن وغسل التجويف
 البريتوني ومعاملته بالأدوية المضادة للحموضة وهذه العملية وإن
 كانت في حدودها خطيرة إلا أنها نجحت في بعض الأحيان خصوصا إذا كان
 الالتهاب ذاتا أو عفنا ومعجوبا بانسكاب صديدي
 (المبحث الثاني في الالتهاب البريتوني المزمن)

الالتهاب البريتوني المزمن البسيط يعقب الالتهاب البريتوني الحث
 الحاد أو يكون منها من أول الأمر أو يكون تابعا للالتهاب الإحشاء
 تحت كالكبد والأعور والرحم أو يكون متعلقا بمرض عام كالنقرص

والاستقربوط وداو برات ومن اسبابه ايضا التسمم الزحلي وافات القلب
ويكون في الغالب مضاعفا بالدرن أو السرطان
ويتصف الالتهاب اليريتوني المزمن بكثافة اليريتون وتكدر لونه او حامته
بسبب تشربه بالسوائل وقد يكتب لونه اسودا اردوانيا بسبب تشربه
بالدم لاسيما في حذاء الامعاء ويتكون في تجويفه سائل مصفر أو سمرا لكن
مدوم ويكون السائل رائحا أو محتويا على ندف زلالية أو كرات لنفاوية
أو قيحية وتكون الصديد بسبب حدة الالتهاب الأحملي أو الطارئ على
الحالة المزمنة عقب البط مثلا وقد يكون الانسكاب اليريتوني مصليا
مرفا ليس يتميز عن الاستسقا

ويصعب الانسكابات اليريتونية التصاق اليريتون بالأحش
تحت أو التصاق الاحشاء بالحدر البطينية والتجارب الحاجز
بحيث ينسد تجويف البطن بالكلية وقد يقتصر الانسحاق
على العرى المعوية فتضم الى نبضها على هيئة ورم خلف
السررة وتكون هذه الانساقات قوية غير قابلة للززع
اليريتون أو خفيفة يمكن معها تنزع اليريتون بسهولة وتكون
على سطح اليريتون في الغالب أغشية كاذبة سمكية وقد
تتكون الانسكابات بين اليريتون والاحشاء تحت أو في
سلك الأغشية الكاذبة وقد يحصل في هذه الأغشية
انكماش وينشأ من ذلك تشوه الغزب وتوجه بقرب المعدة
على هيئة ورم ويتشوه المساريقا وتضمر حتى تضيق أقل
من قيراطان فتعيق حركات الامعاء ويحصل فيها انكماش
فينقص طولها وربما وصل الى بعض اقدام فقط ويضيق
قطرها حتى لا يمكن ادخال الابهام فيها ويتسبب من
ذلك انثناء عنائها المخاطي على هيئة صمامات عريضة
وتضمر

وتضم طبقتها العضلية بخلاف الطبقة العضلية للعدة
فإنها في الغالب تصير ضخمة أو متبسة كالكلاب تشوك
وتكون الأعراض في التهاب البريتوني المزمن خفيفة
عادة فيحس المريض ببعض تألم في البطن وحركة حمية
قليلة الوجود ما لم يتعقم الانسكاب والبعض يشكى
بالأحاساس بنزق واجذباب في الأحشاء عند فعل المجهودات
وصعود السلم والبعض يتعب اذا استلقى على ظهره
ومع ذلك فأغلب المرضى يمكنه تأدية أشغاله إلى لا
حاجة فيها إلى مجهود كبير وربما امتد عمرهم بهذه
الحالة مع اضطراب مستمر في الهضم ونفاثة متقدمة
وجفاف في الجلد وبهاتة في اللون وكثرة زائدة
وقد يحس يتكرر الأحشاء في البطن اذا حصل تشوه حشوي
بحيث يلتبس بالأورام

وحيث أن التهاب البريتوني المزمن يتعلق غالباً بالدرن
والسرطان فلذلك بقية الأوصاف المصاحبة والتخيص
والإنذار والمعالجة مع شرح درن البريتون وسرطانها لأجل
عدم التكرار فقطول

(البحث الثالث في الدرن البريتوني أو التهاب البريتوني الدرني)

(التشرح المرضي) الدرن البريتوني اما ان يكون منتعرا عاما أو
جزئيا محصورا

أما الدرن المنتشر فانه يكون على هيئة حبيبات أو ارتشاحا درنية
متفرقة على سطح البريتون بدرجات مختلفة فتكون كثيرة في بعض النقط
ونادرة في نقط أخرى وتكون كثرتها في الغالب في حذاء الحجاب الحاجز

والخاصة بين وتدرن الثوب يوجب انكشافه تحت المعدة وامام القولون
على هيئة كتلة مفترجة متمكة ربما يقبل الى ثلاثة قراريط ويستشعر بها
الى على هيئة ورم بجوار السرة وتدرن سطح الامعاء يوجب التصاق المري
ببعضها غالباً فتكون كتلة واحدة وتنفذ الامعاء فيضيق قطرها ويقتصر
طولها وقد تتفرح الامعاء في هذه التصاق عراها فتقبل المري ببعضها
أو ينسكب محتصلها في تجويف البريتون ويخرج من التهابه المخت ساد ولكن
التصاق وديقتي البريتون والتمام جدر البطن بالثوب والامعاء لوجبات
حصص الانسكاب المعوي في تجويف صغير وفي هذه الحالة ربما يحصل
خراج محدود يؤثر صديده على الاحشاء المجاورة ويوجب تقرحها وانتفاها
وتفريغ الصديد فيها أو يؤثر الصديد على جدر البطن ويتفرغ على سطح
الجلد في هذا الخراج أو يصيد عنه في طريق ناسوري
وقد يصيب درن البريتون انسكابات قليلة المقدار من مصل امك ندف
او صديد يرق في الحال المندرة أو تنحصر في الانسكابات البريتونية
في تجاويف محدودة بهيئة الايكاس أو الخراجات أو تحت على هيئة كتلة
جبينة وقد يكون الانسكاب دموياً ويشاهد ذلك بالاكتر من تكونت
الاعضية الكاذبة على سطح البريتون وتقرت أو عيتها المندمة للتكون
وقد تكتسب الجذبات الدائمة حجم الحصاة أو البندقة أو الفوزة خصوصاً
عند الاطفال بسبب تجمعها وانفصامها الى بعضها
ويصعب اللدن البريتوني عادة احقان الاوعية والمقد المتفاوئة
المسارية وتدرن بها وقد يتسبب عنها خنط الوريد الجوف والرشاح
الاطراف السفلى
ويصاحب الدرن البريتوني اوسيقه تدرن بعض الاحشاء البطنية
كالكلبد والطحال والمثانة وبقوق فالقوب والرحم عند المرأة والبرنج والخصية
عند الرجل وتكون الرئتان في الغالب محتويتين على درن حديث
أو قديم

او قد تم وكذلك الملبودا والتاحور
واما الدرن البريتوف المحدود فانه يكون في العادة تابعا لاحياء الأشاء
الاحرى ويشاهد ذلك خصوصا في درن الاسماء فحذاء النقط المصا
وفي درن بوق فاللوب والرباط العريض والرحم

(الاسباب) الدرن البريتوف اما ان يكون اصليا او تابعا لتدنت
في الاحشائه ويشاهد الدرن البريتوف عند الأطفال بين ١ و ٦
سنين وعندما الشبان وبالأكثر المساك منهم والكحول ونادر عند
المشيوخ ويصيب الاناث اقل من الذكور وعما هي لما التلب والاسبة
الحجية والبرد الطل والاعذية الغير الكافية والافراط في الكونيات
وتعالجى الاعذية المحتوية على الباسيل الدرن كلوم الحيوانات المراضة
والبائها وقد يتعلق الدرن البريتوف بالدرن العام ولا يصيب المصابين
بالسل المتقدم الانادرا والغالب انه يصيب الاشخاص قبل ظهور السل
عندهم او فابتدأ

(الاعراض) اعراض التهاب البريتوف المدف المحدود التابى لتدنت
الاسماء او بوق فاللوب مثلا تتعلق بالمرض الامثل فلا تحتاج الى شرح
مخصوص

واما التهاب البريتوف الدرن المنتشر فانه لا يكون حادا الا فاحول
استثنائية ويكون في العادة تحت حاد أو مزمن واعراضه قليلة
الوضوح او كامنة فيشتكى المريض بتالم في البطن يعجبه في الغالب
اسهال وفي النادر امساك وتنتفخ البطن بالمغازات أو تنقبض وعند
أجس تنالم بالضغط وتكون جدرها ساخنة او متجمدة خصوصا اذا
احتوى البريتون على بعض الانسكابات وقد يجس بالتوج خصوصا
في الحال المخدرة أو يجس بورم رخو أو متينس في حذاء الاسماء
الدقيقة ويجوز ان السرة وقد يكون الانسكاب محصورا وتكيسا فلا

يتنوع بتنوع اوضاع المرض وقد يكون مصحوبا بآثار ضمنية كاذبة وخفية
يسمح لها احتكاك واضح وقد يتفرغ الانسحاب على جدار البطن بجوار السرة
وعلى هيئة ناسور ويصعب للدرن البريتوني هزال ونحو علم واضطرار
في الموضع وقد تشبه في وقت واسهال ومثاق تقدم المرض تظهر حمى
الدرن والكاشيكيا الدرنية التي تنفع اذا تضاعف الدرن البريتوني
بالسل الرئوي

وعند الاطفال يشاهد انتفاخ البطن وزايتها المعصية باصية معدنة
يعض المحال او الاحساس فيها بالعقد والاورام الدرنية والانتفاخ الطفل
عن المياط والنياس ويصير صدره ضاملا وجلاده رقيقا واطرافه رقيقة
وتقاطيعه عابسة ومحتة بقراطية واجتماع هذه العلامات مهم
في التشخيص

الناس كالم
عرقية مستحالة

(السير والانتفاخ) سير الدرنة البريتوني في المعادة بطيئا من مع بعض
لوران تحت حاد وتختلف مدته من ستة اشهر الى ثمانية وقد تمتد الى
سنتين وتضاعفه بالسل ويجب سرعة القوفاة وقد يهلك المريض عقب
ضيق الامعاء او انسدادها والشفاء نادر جدا وقد يحصل اذا كانت
التدرن محدورا او مقنصرا على البريتون ولم تصب الرئتان

(التشخيص) يصعب التشخيص في ابتداء الدرنة البريتوني ويمكن الاستدلال
عليه اذا تقدم المرض باعتبار العلامات الموضعية خصوصاً هيئة البطن
والانفكاكات المتكسية والاحساس بالثرب على هيئة ورم مستعرض
يحوار السرة لا يلبس باصية الكبد المتقد لا ورم الثرب تملوه
رمانية في القسم اشراسفي وقد يكون الجلا حول السرة رقيقا حمرا او فيه
ناسور يمكن البص عن المواد السائلة منه واستكشاف الباسل فيها واعتبار
الاعراض العامة والمضاعفات الدرنية في البلعور والتلور او الاعضاء
التناسلية عند المرأة وظهور علامات السل الرئوي يساعد على التشخيص

وبالمجالة

وبالمسح فلا يلتبس الدن البريتوف بسيروز الكبد ولا بكاس البيض ولا
بالسرطان البريتوف

(المعالجة) البعض يوصى باستعمال الدلكات الزيتية على البطن عند الأطفال
(فاج) أو باستعمال المحولات على البطن ويعطى من الباطن زيت السمك أو يودور
الكسيد وعلى كل حال ميتة في المعالجة العرضية فتسكن الآلام بالمركانات القوية
أو بحقن المورفين أو الأستيرين ويعالج القيح والأسهال والانتكاس البريتوف
بما يوافق

وفي الأضمة الأخيرة اقتله بالجراح ستر ويل تتكرر العمليات الجراحية وفتح
التخفيف البطني وغسله والغيار عليه بالأنايب الحرة (دارين) وشوهد
جراح هذه العمليات غير مرة وخصوصا إذا كان الدن البريتوف جريئا أو محدودا
(المبحث الرابع في سرطان البريتون أو الانتهاب البريتوف السرطاني)

(الأسباب) سرطان البريتون إما أن يكون أصليا أو تابعا لسرطان
الاحشاء تحته لا سيما المعدة والرحم والمستقيم والبكر واسر الأمعاء
والمسالك الصفراوية والذائق يبتدع غالبا بالثرب وصيب الأنانك أكثر
من الذكور ويندر جدا قبل سن الثلاثين وأكثر حصوله بين سن
الخمين والستين فصاعدا

(التشريح المرضي) يمكن مشاهدة جميع أنواع السرطان في البريتون كالاسكين
والنخاعي والهلالي والملي وقد يكون السرطان منتشرا في عموم البريتون
على هيئة ارتشاحات أو درنات أو أورام عديدة متفرقة أو مجتمعة
سطحها منبع سري يجذب نحوها الغشاء المصلي المجاور لها وتنشأ من
ذلك تشوهات مختلفة في الاحشاء المجوفة وانتكاس في الثرب شبيه بالانتكاس
الدرقي وتكثر الدنات السرطانية بالاحض والثرب وفي هذا الجان الحاجز
والخاصرين (موكون) وقد يكتب السرطان الهلالي امتدادا عظيما جدا
يحيط به سطح البريتون والثرب والمسايقا ويتسبب عنه عدد البط

وأكتسابها هيئة الأيكاس البيضاء أو الاستسقاء الزرق
٢ أما السرطان الثابت لأصبايات الأشاء فإنه يمتد إلى البريتون الخلف له ثم
أصبحت حافة الأثر السفل العكاس كانت وأصلته إليه وحكمة له ومق
أصيب البريتون بالسرطان في نقطة عند الأصابة وتنتشر بواسطة الأوعية
المنفاوية والأوردة
ويقترب سرطان البريتون بكثرة اليافه المنزلية ويندفع الناصر البشرية والنجع
المخالف (ويكسر موكسون)
(الأعراض والتشخيص) يحدث من السرطان التهاب بريتون يختلف حدته باختلاف
الأحوال وأهم أعراضه حصول انسكاب بريتون رائق أو مدام وربما
يستشعر بالأورام الناشئة من تكوّن الثوب أو محسّ بتييس في الجلد
حول السرة والتعبا بالاحشاء تحت التعبا فاما بحيث لا يمكن تحريكه
وقد حصل ضيق في الأمعاء وتشاهد علامات أو علامات الانسداد المعوي
وفي السرطان الهلامي ربما تمتد البطن وتغير رنوخ شبيهة بالاستسقاء الزرق
أما لا يحصل فيها القوج بانضاح
وإن انفجر في البريتون سرطان حشوي كسرطان المعدة والرحم فإنه يحصل
التهاب بريتون في حال خطر
ويقترب سرطان البريتون من دونه بأوصاف الكاشيكيا السرطانية ولون
الجلد السخ الباهت وأيضا انتفاخ المقد المنفاوية في الأربعة وشدة
الآلام البطنية والانسكاب البريتوني للدم يكون في السرطان أكثر وضوحه
في المدف
ومن العلوم أن انذر السرطان خيث والمعالجة فيه عرضية صرفه
(المبحث الخامس في الاستسقاء الزرق)
المقصود بالاستسقاء الزرق ارتشاح السائل المعوي وجمعه في تجويف
البريتون

(الأمعاء)

(الاسباب) الاستسقاء الزقي اما ان يكون احليا او تابعيا والاصل نادر جدا وانكم بعض المؤلفين وينسبه البعض الى تأثير البرد والرطوبة والافراط في السهولة او للشروبات الرطوية واما الاستسقاء الزقي الثاني فهو الأكثر حصولا وتنحصر اسبابه المهمة في ثلاثة انواع وهي الآفات الموضعية واماقة الدورة والاعراض الديسكرازية
أما الآفات الموضعية ففيها التهاب البريتون الحاد والمزمن والدرن والسيلان بانواعه

وأما اماقة الدورة فهي اما ان تكون متعلقة بسبب موضعي في البطن او متعلقة بأفة في نفس القلب أما اماقة الدورة الموضعية فمجلسها المعتاد في الكبد والوريد الباب كسيروز الكبد والتهاب الوريد الباب وضغطه أو انسداده في مجاورة الأورام المختلفة سواء كان مجلسها في الكبد أو في البريتون كالأورام السرطانية والزهرية واليدانية ونحوها وربما تسبب من هذه الأورام أيضا ضغط الوريد الكبدية في فرجته أو ضغط الوريد الجوف فوق تفرع الوريد الكبدية ويحجب هذه الأسباب كلها اماقة الدورة الوريدية في البطن وارتشاح المعده في تجويف البريتون بدرجات مختلفة ورجح كان السبب أفة في الكبد والوريد الباب فأت الاستسقاء يكون مقتصر على البطن ولا ترتفع الاطراف السفلى الاذنيما بعد كما سبق شرحه عند الكلام على سيروز الكبد ولما اذا كانت اماقة الدورة متعلقة بأفة في القلب فمجلسها عادة في القلب الايمن او صماماته وحينئذ تتم خروج الاجوفيين العلوي والسفلي ويبتدئ الارتشاح بالاطراف ثم يحصل في البريتون والبليورا والتامور بدرجات مختلفة

وأما الامراض الديسكرازية فلهما الكا شيكيات السرطانية والزهرية واليدانية والآجامية وداء برات وفقر الدم او فقد سببائه المصطط كما يشاهد ذلك في الاسهال المزمن والدوسنتاريا والتمريخ المزمن للكر

والتيج المستطيل والانيبا المتقدمة والخاروز والامرأ المنهكة كالحى
 التيفودية والكلوبيا والغورفوز والاسقروط وفي جميع هذه الأحوال
 لا يقتصر الانسكاب للمصل على البريتون بل يصبىب الاعضاء الأخرى
 وهو يشأ من اضطراب الدورة وتغيرته المجدد الوعائية في آن واحد
 والاستسقاء الذي يحصل في جميع الاعمار حتى عند الاطفال والمولودين
 حديثا وانما يشأ ههنا الأكثر بين سن ١٥ و ٤٠ سنة

(الشرح الموضى) يختلف مقدار السائل في البريتون من بعض ليرات الى
 ٢٠ أو ٣٠ ووصافه تشبه أوصاف الانسكابات المصلية فيكون في
 المادة مائعا شفافا رائحا أو مصفرا ليمونيا لا تزيد كثافته عن ١٠٤ الى
 ١٠١٥ وقد يكون مله ناعما غريبا وهو يحتوى على مقدار قليل من الزلال
 ولذلك لا يحصل من ضربه الا بعض فقاعات رغوية خفيفة وزلا مقدار
 الزلال اذا تعلق الاستسقاء بالالتهاب البريتونى البسيط وأما اذا كان
 متعلقا بالسرطان والبدن كما اذا تجدد بعدا كذلك فإنه ربما يتلون بلون
 محمر أو دموى غامق وقد يشأ ههنا فيه بعض ندف متكونة من الخاروا
 البشرية المتخيلة وبعض كرات دموية حمراء وبضه ومفعوله في المادة
 قلوى وقد يكون معتدلا أو حمضيا

وقد يكون الانسكاب البريتونى دسما أو كيلوسيا فالدم يصعب مادة
 سرطان البريتون ويصعب بوجود الكرات الدسمة فيه بمقدار زائد
 وبمفعوله القلوى ووزنه النوعى الذى قد يبلغ ١٠٢٤ والانسكاب
 الكيلوسى أو اللبى يتصف بوجود الكيلوس فيه بمقدار وافر وبلونه
 المبيض وقد يصل وزنه النوعى الى ١٠٢٤ كالانسكاب الدمى وانما يتميز
 عنه بكونه يتعقد على هيئة جلط مبيضة متعرض للهواء بخلاف
 الانسكاب الدمى فإنه غير قابل للانققاد ولوترش للهواء عدة ايام
 وبالجث عن البريتون يوجد سطحه كايضا فاقد الممانه وقد يكون في بعض

النقط متكاثفا أمجيبيا ويوجد السائل عادة عاما للجوفيه وغير متكيس
وإذا كان مقدار السائل غزيرا واستمر مدة فأنه يضغط على الأعضاء البطنية
ويوجب ضررها ويترشح سطحها بالفتح وقد يمتد الفتح إلى عضلات جدار
البطن

(الاعراض) الانسكابات القليلة المقدار لا تنسب عنها اعراض واضحة
وإذا وصل مقدارها إلى نصف ليتر أو ليتر أو أكثر تأخذ الاعراض في
الظهور وتنفع كلما زاد الانسكاب فيستشعر المريض بامتلاء بطنه وتمدها
وصعوبة التنفس واضطراب الهضم وفقد الشهية والإسهال بسبب
ضغط السائل على الحجاب الحاجز والقناة الهضمية ومثلك كثير السائل
يحصل الفواق أو القيح أو الأسهال ويضطرب النوم أو يحصل إرق مستمر
ويكرر التبول بسبب ضغط المثانة وربما صار البول زلاليا وينخفض
الجسم ويحيف وتكثر البطن

وكما قلدت البطن تنزع الحبال الأمامية ويخضع الجزء العلوي من الجذع إلى الخلف
كهيئة المرأة الحامل وإذا استلقى المريض على ظهره يتسطب البطن وتقدد
الخاصرة إذ كبطن الضفدعة ويصير الجلد لما عا فاقدا للثنيات ومتوترا
بحيث يمس اخذ ثنية منه بين الأصابع ويرق في الغالب بسبب فقد طبقة
الشحمة ومثلك زاد الانسكاب تظهر فيه تشجرات بنفسجية أو وردية شبيهة
بتشجرات الحمل ويحدث مثلها من ترقق الأدمة وربما حصل فتوق في بعض
النقط وقد يكون الجلد أوزيما أو لاسيما إذا كانت الأطراف مرشحة وقد
يهاجم الجلد بالآفة قمل الحكة أو يتشقق وينفخ منه سائل يحصل وقد
ترسم فيه الأوردة الدوالية بسبب ضغط السائل على الأوعية أو بسبب
وجود سيرور كبدي وتبرز السرمة ويقدد الجلد مداهما على هيئة
جيب أملس شفاف مستطال بالسائل المصفر

وبالجسم يحصل الاحساس بشيئين أولهما أنه إذا دفع السائل بطرف الأصابع

لجأة بقوى مناسبة في هذا موضعها كالكبد ربما تقبل اليد اليه ويترى
بهذه الكيفية الاستدلال على الاستسقة ومنخامة الكبد أو وجود دم
في البطن الثاني انه اذا بسطت اليد اليسرى مشوا على جدر البطن وقم
عليها باليد اليمنى خفة في نقطة مقابلة يستحسن بوصول الموجة السائلة
الى اليد اليسرى وهذا هو المعبر عنه بالتقوج

وتتبع حركة التقوج المذكورة كلما كانت جدر البطن رقيقة وغير متوترة
وأما اذا كانت جدر البطن ضخمة أو متوترة جدا فان التقوج يقل وضوحه
ولاجل ايضاحه في المنخامة وتبين عز التقوج الكاذب الذي يحصل في
الطبقة الشحمية للجدار يحتاج الحال لمساعد يضبط على جدر البطن بقوة
بواسطة حافة ورق مقوى او بواسطة الحافة الانسية لليد في نقطة
متوسطة بين اليد الماسة واليد القاربة على جدر البطن وبهذه
الكيفية يتبع الاهتزاز الواصل من جدر البطن ويتضح اهتزاز للموجة
السائلة وحدها واما اذا كانت جدر البطن متوترة فممكن ايضاح التقوج
فيها بوضع اليدين بجانب بعضهما أو القرب باحدهما قوما خفيفا فهاشأ
والتأمل في وصول الموجة السائلة الى اليد الثانية ومع ذلك فقد
تكون جدر البطن مقددة بدرجة لا يتأق معها حصول التقوج مطلقا

وبالاعتناء في الجس على وجه ما ذكر يمكن استكشاف الانسكاب البريتوني
ثانيا ولو قل مقدار وانما يكون التقوج محدودا كلما قل مقدار الانسكاب
وبالقرب في حذو الانسكاب يوجد الصوت اصما وتبين حدود الاصمية
هنا بكونها متدرجة غير منتظمة بسبب تحلل المعوي المعوية في السائل
وتتبع الاصمية المحال المضطرب وعلوها صوت زان طبل في حذاء الاسماء
التي تطلق على سطح السائل عادة ما لم تكن البطن مقددة جدا بحيث لا ينقل
الصوت المعوية الى جدرها او تكون المسارقا منكشفة وجاذبة للاسماء
بحسب الامور المتفرقة وفي هذه الحالة تكون الاصمية عامة للبطن ولما اذا

كان

كان الانسكاب قليلا فإن الاصمية تكون محدودة ويمكن تنقلها بتغيير
اوضاع المريض فإذا كان واقفا تشغل الاصمية الحزم السفلي من البطن
وتقلوها الرزائية وإذا نام على جنبه تنقل الاصمية الى الجنب المخدر
وتقلوها الرزائية في الجنب الثاني وإذا جث على ركبتيه تنقل الاصمية
حول السرة وأما يلزم الثاني في فعل القرح عند تغيير الاوضاع حتى
يتم انتقال السائل الى المحال المخدرة

وبالتسمع قد يستحسن بلقطة السائل من حصيلت الرجة البقرائية وتسمع
في الخالب النقاط القلب وخراخر الصلد في جدران البطن على امتداد كبير
ثم ان مدة الاستسقاء الزق تختلف باختلاف السبب وقد يتغير عدة أشهر
أو سنين في زيادة ونقصان أو يتغير للملح في حذاء السرة ويتفرغ السائل
في الخارج أو ينتهي بالامتصاص وحده أو في مدة سير الكوليبرا مثلا
ويحصل الشفا أو ينهي بالموت عقب الضغط على الصدر وأما راحة النفس
والدورة أو عقب تقدم المرض الأصلي

(التشخيص) القوج والاصمية المتقلة بتغيير اوضاع المريض يستدل
منهما على وجود السائل في البريتون وبالنظر لسوايق المرض وطبيعة
السائل يمكن الاستدلال على منشئه ويصعب تشخيص الانسكاب اذا
كان مقداره قليلا جدا أو مضطرا في الكثرة وكانت جدران البطن متوترة
والرزائية للعوية غير متسرة لأنه لا يحصل القوج في هذه الحالة ولا
يمكن تغيير اوضاع الاصمية

ثم ان القوج والاصمية المتقلة يميزان الاستسقاء الزق عن الاكاس
المبيضة والحمل وعن تمدد المعدة والمثانة وعن اكاس الكبد والكلا
وعن تضخم الكبد والطحال وعن جميع اورام البطن وإذا كانت السرة
بارزة بهينة كيس تساعد على تشخيص الاستسقاء ويميزها عن من البطن
تكون نسره فيها تكون منخفضة ويرسم فيها غالبا ميزان افقيا واحدا

اصل المانة والآخر اصل السرعة

ويقتر الجبر المبيض عن الاستسقاء الزرق أو لاهية البطن الكثرة بالسرعة
 في الكيس المفرجة في الاستسقاء وقد تغير المبيض ايضا عن كيفية
 ظهور الورم في الابتداء في احد الجانبين او يصير عقدي الورم بالبحس
 ثم يؤمر المبيض بفعل حركة شبيهة بقوة غيره انخفا من حافته العليا
 بدرجة واحدة وهذا يدل على الكيس المبيض (سبنسيو) ثانيا وجود
 اصمية الكيس المبيض ثابتة في محلها لا تتقل مع تغير أوضاع المريضي
 ثالثا انه يحس بالتوج في هذا الورم الكيسي ولا يحس به في نقطة
 اخرى ولا يصيبه صبوت المقلقة البقرارية رأيا ان السرعة تكون
 غير بارزة في الكيس المبيض وتبعد عن المانة وتكون اعلى من النقطة
 المحافقة للخط المحيط الاعظم للبطن بخلاف الاستسقاء فان السرعة
 فيه تبرز وترق وتكون اقرب الى المانة من التولنج في بعض قواطع
 أسفل من الخط المحيط الاعظم للبطن خامسا ان حدود الاصمية في
 كيس المبيض تكون منتظمة وفي الاستسقاء غير منتظمة سادسا ان هيئة
 النخبة في كيس المبيض تكون مخصوصة سلبا ان الكيس المبيض يضبط
 على جانب اليمين ويمنه او يرفعه الى اعلا بخلاف الاستسقاء فان له
 يضبط عليه ويخفضه ثامنا انه اذا قل البذل يقيز سائلا
 كيسي المبيض غالبا ملونه الزايق المسمر المخضر وقوامه الكثيف للوج
 ووجود الحوايا الاسطوانية فيه
 وبعد تشخيص الاستسقاء الزرق يلزم تعيين سببه فقد كتب الانسكا
 مقدارا وافرا في سيرور الكبد وتقوم الامعاء على سطح السائل فيستقر
 برنايتها عادة ويكون البول محتويا على رسوبات بكثرة ويعلم من
 سوابق المريضي غالبا انه كان معتادا على الحس وأما في اللتهاب البطني
 الدرنى والسرطان ربما يستحسن الاورام وتكونا الثرب

ويصير تمييز سبب الاستسقاء في احوال عديدة فيلتجأ حينئذ الى البذل
ويأخذ لغيره من السائل يمكن تمييز السائل الكثيف المزج الكثيف
والسائل الدم في السرطان والسائل المصفر التقي المائع المتعاد في
الاستسقاء الزقي والسائل اللين او الدم بعد تفرغ البطن
ليشرح الطبيب في البحث عنها وعن ميروزي الكبد والاورام ان وجدت
(الانذار) يتعلق الانذار بطبيعة السبب وهو على العموم خطر ولا يكاد
يحصل شفاؤه الا في الاحوال الخفيفة المتعلقة بالالتهاب الذي يتوفى
الزمن او الحيط بالكبد

(المعالجة) يبادر بمعالجة السبب عند الاسكان وبما يج الاستسقاء
بمدرات البول والمسهلات والمفرقات كمنقوع الديجيتالا وبصل الفجل
وعرق الفجل ونترات البوتاسا وخلاصها وطريقتها وحقنها ومنسحق
الجلية والسنامكي وتعلي المسهلات في الصباح على الريق وتقطر
المدرات في مدة ^{التي} ويلزم تجنب المسهلات القوية
واذا كان السائل غزيرا يسرع في البذل وبعضهم لا يفضل البذل الا
اذا حدث من السائل اضطراب الدورة والتنفس وتجنب البذل
آلة باذله متوسطة الحجم يتتدا بطهيرا واسرارها في القهب ثم يفضل
البذل اما في الخط الأبيض تحت السرة او في نصف خط وهي تحت من
السرة الى الشوكة الحرقينة ويجلس المريض وقت العملية أو يرقده في
الفرش على جنبه وتلف على بطنه ملائمة لاجل الضغط على البطن وقت
سيلان السائل ولا بد ان تكون المثانة فارغة ويلزم التحقق من تمام
الاصحية قبل البذل ومن عدم وجود فزع وعائي في الحبل فيعمل البذل
ويلزم ذلك مجاول مضاد للمفونة ويوضع سطل بجوار المريض ومتى
فعل البط تركيب على الآلة الباذلة ما سوره مزه طوله لاجل توصيل
السائل الى السطل حتى انتهى سيلان السائل تسد فتحة الماسورة

بأحد اليدين ثم يخرج حالة تكون اليد الثانية تضغط بواسطة الاصابع على
 حافته لخرج لاجل منع دخول الهواء ثم يوضع على الجرح قطعة من القطن
 الطبي أو البورق ويثبت بالمشمع ويوضع فوقه خرقة عريضة
 ولا يخلو البذل من الخطر فإذ بعض المرضى قد يقع في الأغما ويتدارك ذلك
 بسيلاذ السائل ببطي واستظام الضغط بالحزام على البطن وقد يعقب
 البذل التهاب يرتفع خطره خصوصاً إذا كان الاستسقا مستقلاً مدة
 برات ويتدارك ذلك بالاعتناء في تطهير الآلة المأذلة والجلاوة ويحصل
 قريب عزيز إذا أصابت الآلة المأذلة في ما وعائياً وقد يستمر السائل في
 السيلاذ بعد خروج الآلة المأذلة فإذ لم ينقطع بسرعة يمكن سد الجرح
 بالمين فافز وبالحاطة ويحدد السائل بعد البذل عادة فليتم تكرار
 البذل كلما لزم لأن يريح المريض ويوجب تخفيف الضغط على الكلى والأعضاء
 فيسهل البورق ويتناقص الاوذما وبما انتهت الأمر بالشفا وهو يادر وقد
 يحتمل المريض تكرار البذل نحو العشر مرات أو العشرين مرة ولكن بتكرار
 البذل يزداد ضعف المريض وهو كذا حتى يهلك أخيراً
 (الفصل الثامن في أمراض الكبد)

أمراض الكبد عديدة وأنواعها أكثر من جميع أنواع أمراض العدد لأن
 الكبد منوط بتكوين الصفرا والجليكوجين والبولين ونظام دورة
 الوريد الباب وله أهمية كبيرة في تكوين الدم والشحم ويحتوي على
 مقدار كبير من المادة النفاوية والدمية وكل من هذه النواظير عرضة
 للتسرع والاضطراب وذلك بخلاف الآفات العامة التي تصيبها كما تصيب
 بقية الأعضاء كالاختلال والالتهاب والاستحالات والاورام والوردان
 ونحو ذلك

وبالنظر لتسرع آفات الكبد يعم ذكرها على النسق الآتي وهوانا ننتقل
 أولاً بذكر اليرقان الناتج من اضطراب إفراز الصفرا أو احتباسها
 وآفات

٥٤١
وأفات المسالك الصفراوية ثم تتبعها بأفات المنسوج الكبدية وأوردها ولتذكر
قبل ذلك بعض كلمات على تشريح الكبد ووطا ئفه على سبيل التذكاد
فتقول

(أولا تشريح الكبد)

الكبد يوجد في المراق الأيمن في ثقل ١٥٠٠ اجرام واستمداده من نوعين من
الأوعية من الشريان الكبدية المنخوط بتغذيته والوريد البابية المحتمل
بالدم الوريدي للأعضاء والمعدة والطحال ويخرج منه نوع واحد من
الأوعية وهي الأوردة الكبدية التي تصب في الجوف السفلي
وبشق الكبد تميز فيه فروع الوريد البابية بجوئها محاطة بتفرعات
من محفظة جليسون وليست ملتصقة بنسيج الكبد وكوتها هابطة
وأما الأوردة الكبدية فتكون ملتصقة بنسيج الكبد وتسمى متفوقة
على سطح الشق ويشاهد بالعين أو بواسطة العدسة المكبرة على
سطح الشق جملة جزيرات مرتكزة أعين من دوائها تكسب الكبد هيئة
الجرايت أو الجراي المثل ويبر عن هذه الجزيرات بالفصيصات الكبدية
ثم إن الكبد يتركب من اجتماع الفصيصات الرؤوية المذكورة التي يصل
قدها إلى نحو ١٠٠ فصيص (سائيه) وذكر أحده هذه الفصيصات
كاف في معرفة النسيج الكبدية بتمامه

والفصيص الكبدية عبارة عن كتلة صغيرة قطرها يساوي ميليمتر واحد
إلى واحد ونصف وهي متعلقة بفصيصات الوريد البابية كالمذوق بقنواتها
المفرزة وحذاء الفصيص الكبدية متفصل عن الفصيصات المجاورة
له بمسافات صغيرة يقال لها الشقوق بين الفصيصات ومن مظهر
الفصيصات على بعضها تصوير شكلها متعدد الأسطح وتكون الشقوق
بينها أكبر حجما ومثلثة الشكل في حذاء زوايا الفصيص وفي هذه الشقوق
فصيصات الوريد البابية والوريد الكبدية والشريان الكبدية والقنوات

الصفراوية والاورمية النفاوية وجميعها محاطة بمنسوج خلوي ثم ان
الوريد الكبدية المحيط بالفصيص ترسل منه فروعاً تشععية تنغم
في مركز الفصيص وتكون معها فروعاً واحداً مركزياً والوريد الباب
يرسل ايضاً فروعاً تنغم مع فروع الوريد الكبدية وتكون شبكة
وردية وتحتوي عيون تلك الشبكة على الحويلا الكبدية التي تقبل اليها
فروع القنوات الصفراوية

وما ذكره من ان الفصيص الكبدية تتكون من شبكة وعائية متخللة بالحويلا
الكبدية المتوزعة بين الشبكة الوعائية عروية اعمدة دقيقة تابعة
لفروع الاورمية المنتشرة وتكون الحلية الكبدية متعددة الاسطح وتتكون
من مادة جيئية في وسطها نواة أو نواتين تحتوى على جيبات صفراوية
وجيبات حمراء دموية وجيبات شمعية وجليكوجين ومادة قابلة للتخمير
تتحول الجليكوجين الى جليكوز

(ثانياً وظائف الكبد)

وهي عديدة منها اولاً افراز الصفرا الذي يتم في الحويلا الكبدية المنسوجة
بذلك ومنه تكونت الصفرا تستولى عليها القنوات الصفراوية للفصيصات
الكبدية وتوصلها الى قنوات الصفراوية حول الفصيصات ثم الى
القنوات الاكبر منها والصفرا هي سائل مسم بواسطة حوامضه
ومادته الملونة ثانياً تكوين الجليكوجين (اي النشا الحيواني)
الذي اسطبت به الحويلا الكبدية وتكوين اللادة القابلة للتخمر التي
تؤثر على الجليكوجين وتحويله الى جليكوز والجليكوجين يقبل
استحالات اخرى فقد يكون منه حمض الالفونيك وحمض
اللينيك والشمع ثالثاً تكوين الشحم المتصل من الجليكوجين والواد
النشوية والسكرية التي تقبل الى الفصيصات الكبدية بواسطة
الوريد الباب رابعاً تكوين البولين (برواردل) (مورثينسون)
خامساً

خامساً تكونين الكرات الدموية على رأى ليمان أو أمارو فها على رؤس أغلب
المؤلفين سادساً تعديل المواد السمية التي تصل اليه من الأمعاء
أو أتلافها وإيقاف القلوويات المتوماتين الذي يحدث من التحية
الهضمية فيمنعها من الوصول إلى الدورة العامة وأتلاف معظمها
(بوشار)

(المبحث الأول في اليرقان)

اليرقان هو انتشار الصفراء في الدم وتلون الجلد والانسجة بمادتها
الملوثة وأما اصفرار الجلد في حد ذاته فليس هو نفس المرض بل هو
عرض لليرقان وينقسم اليرقان إلى أصلي وتابعي والخفيف وخبيث
والحاد ومنهين

(الأسباب) اليرقان الخفيف والأصلي لا يتعلق بآفة واضحة حتى
يمكن نسبته إليها بالتحقيق ويشاهد بالأكثر عند الشبان وأقرباء
البنية ويكون نادراً عند الشيخوخة وحيث أنه يصعب عادة فقد
الصفراء في المواد الثغلية فبعضهم ينسبه إلى ضيق المسالك الصفراوية
أو انسدادها لا إلى نواز لها أو التهابها وإما اليرقان التابعي فإنه
يتعلق بأحوال مرضية شتى ولنشرح ذلك مفصلاً فنقول

(أولاً ضيق المسالك الصفراوية وانسدادها) هذه الإفات إما أن
تصيب القنوات الصفراوية الحقيقية حال مرورها في الكبد بسبب
التهابها وسير وزرع وأورامه المختلفة ولا تصيب القنوات الصفراوية
جميعاً حينئذ ولذلك تكون اعاقه الصفرا جزئية ويخرج ما يعقب منها
مع البول مادامت الكلا سليمة ولا يحدث منها اليرقان إلا بنسبة للقدار
المكتلف من الصفراء في الدم

وأما ضيق أو انسداد المسالك الصفراوية خارج الكبد فإنه يشاهد في
نزلاتها والتهاباتها المتعددة استعاضاً وتراكم الإفرازات التهابية في

تجويها أو تنشأ الاعاقة من دخول الأجسام الغريبة في المسالك الصفراوية
 كالحصوات الصفراوية والديدان لاسيما الديدان الخياطية والحويصلات
 الديدانية التي تخرج من ثقب الإيكاس الديدانية الكبدية ويؤثر الفرك
 ويؤذي ذلك

أو ينشأ العائق من إضرار الختام التي تقبب تقرحات الغشاء المخاطي للمسالك
 الصفراوية من تأثير الحصوات الصفراوية عليه مثلاً أو ينشأ العائق من
 الاورام السرطانية والبوليوسية التي تولد في جدار المسالك الصفراوية
 أو يكون السبب هو شلل القنوات الصفراوية أو انقباضها الشرجي (بوتين)
 وقد يتعلق السبب بشعور خلقي من حين الولادة
 وأما أن ينشأ العائق من الخارج كالأورام المجاورة التي تضغط على القناة
 الصفراوية والتهاب البنكرياس وأورامه وإثر الخامة التي تسد فتحة
 القناة الصفراوية

(ثانياً من زلات المسالك الصفراوية والتهاباتهما) لا تحدث التزلات والالتهابات
 من تأثير البعد إلا في أحوال استثنائية ويكون في الغالب تابعة لتزلات
 المعدة والأثني عشر، أو لآفات الكبد كالتهايب وخراجها وأورامها وسرورها
 وقد تنشأ من الاحتقان الكروي الذي ينشأ من بعض آفات القلب والرئتين
 أو من اضطراب الحيف عند المرأة وقد تقبب الانقباضات النفسانية
 الشديدة كالغضب والغزع ويمكن قهر فيها هنا بشلل الأعصاب الوعائية
 الشعرية

ومن أسباب نزلات المسالك الصفراوية والتهاباتهما التسمم بالفسفور
 والرمصاص والحيمات العفنة كالتي فوس وأحي الصفراء والحيمات الاجامية
 الزهرية وتندر مشاهدتها في أحيي السيفونية والقريةية وقد تشاهد
 على حالة وبائية

ثالثاً الاحوال المرضية التي تنضاعف باليرقان أهمها امراض الكبد التي
 تقيق

تقيق افراز الصفراء وسيلانها كالغصور الصفراء والحاد والاحتقان الركودي
والتهاب قاعدة الرئتين والامراض العامة كالحيمات المعقنة والتسمم الصديدي
ولذغ الثبيان ونحو ذلك .

ومع تنوع الأسباب فإن لقولنا اليرقان وجهين فاما ان ينشأ من اضطراب وظيفة
الكبد واعاقته في افراز الصفراء ويشتكات المادة الملونة للصفراء تنشأ في
الدم أو في الاعضاء الاخرى ولا يعلم ينبوعها بالذمة سما اليرقان التاسع لهذه
الحالة اليرقان الدموي واما ان ينشأ اليرقان من امتصاص الصفراء بعد كونها
ويقاد له اليرقان الصفراوي وفي كمالين لا يظهر اليرقان اذا لم تكف
الكليتان في تحليل الدم من المواد الملونة للصفراء

اما اليرقان الدموي فيفسر جويلير بأنه اذا لم يتم تأثير الكبد الفسيولوجي
على عضلات الاغذية النسيجية وعلى الكرات الدموية الفاسدة لاجل تولد
الصفراء منها واستمرت المادة الملونة الصفراوية في الدم ولم تكف الكلا في اخراج
هذه المواد كلها مع البول فتتكون الانسجة باللون اليرقاني ويصير البول صفرا
او حمرا غامقا ولكنه لا يصير مخفرا ولا يخضر بماملة بعض الترتك بل
يكتسب لون خشب المرجنة

واما اليرقان الصفراوي فانه ينشأ اما من امتصاص الصفراء وهو في
المسالك الصفراوية عقب اصابتها فيها وقبل انسكابها في الاثنى عشر وهو
الاكثر حصولا واما ان يكون افراز الصفراء غزيرا فوق المادة بحيث يغيب
في الامعاء بمقدار مغرط فيخرج بمضيه مع الفائط والبعض يسميه الامعاء
(فيريكس مورشينون) وسواء حصل الامتصاص في المسالك الصفراوية أو
الامعاء فان الصفراء قبل الالدورة واذ لم تكف الكلا لتحليل الدم منها
يحصل اليرقان ويكتسب البول لونا مصفرا او غامقا يصير مخفرا واضحا
بماملة بعض الترتك

(التشریح المرضی) فنج لكثة توجد جميع الاعضاء متلوثة باللون الأصفر

وكذلك النسيج النحوي والجلط الدموية والصفافات والعضادات والنظام
والاسنان وطبقات الاوعية والمين وباق جميع الانسجة ماعدا الجوهر
المصلي الخ الذي يكون غير متلون ولكنه يظهر مصفرا بسبب ارتشاحه
بالنقيع المصلي

ويختلف عن ضيق المسالك الصفراوية وانسدادها عند القنوات الصفراوية
فوق العائق بحيث انها قد تقبل الى حجم الاصبع واما القناة الصفراوية الكبيرة
فانها تتمدد جدا وتستطيل وتنفج وتلتوي كالامعاء وتشارك الحوصلة المرارية
في التمدد ايضا وتكاثف جدرانها او ترقق حشيش من التجارها وقد تنجر
ويغيب مقعرها ونسيج الكبد او في البريتون ويعقب ذلك التهاب كبد
او بريتوني وتحتوي المسالك الصفراوية ابتداء على مادة صفراوية تفتت
بالامتصاص ويعقبها الخواز سائل غاطي صديج اللون يملأ الحوصلة المرارية
ويمددها بقوة وربما بلغت حجم رأس الطفل ويعبر عن هذه الآفة باستقاء
الحوصلة المرارية

وينشأ من اماعة الصفرا والكبد لعتقانه وضخامته الصفراوية التي يقيها
الضغور والسيروز الصفراوي

واما آفات التزلات والالتهابات التي تعيب المسالك الصفراوية فيند
مشاهدتها في الحالة الحادة حيث لا يتسبب عنها الموت وتختصر في آفات
النشاء الخاطي التي تشبه جميع التزلات الخاطية واذا انتهى الالتهاب
بالنقيع فيعقبه اما خراجات منتشرة صغيرة او خراج محدود يشترك فيه
الكبد وقد يكون مجلس الخراج الحوصلة المرارية فيوجب قعرها وربما
بلغت الخراج القبضة او رأس الطفل ويمتد خراج المسالك الصفراوية
بالانقياد اما في نسيج الكبد او في الاعضاء المجاورة كالعدة والقولون وقد
تلتصق الحوصلة المرارية بجدار البطن وينفج خراجها في الجدار

وخلاف هذه الآفات المتعلقة بضيق المسالك الصفراوية والتهابها

يوجد في لجة آفات الاعراض المتنوعة التي نشأ عنها ظهور اليرقان
(الاعراض) المرض للمهم اليرقان هو تلون الجلد باللون الاصفر الناشئ من
سوء المادة الملوثة الصفرا فيه وينشأ من سوء الصفرا في الانسجة اعضاء
اخرى كالكلوات واضطراب الافراز البولي والدورة والعظم والمجموع
المعصب فيعد ذكر هذه الاعراض العامة ننبها بذكر الاعراض المتعلقة باليرقان
اليرقات المختلفة خاصة

(في الاعراض العامة ليرقات) قد ذكرنا ان اهم هذه الاعراض هو اللون
الصفراوي الذي يظهر متخفا في الاجزاء الباهية من الجلد والعتاء المخاطي
ويقل وضوحه في الاجزاء المحمرة الفزيرة الالوية الشعرية ولذلك يتعدى
الاصفرار بالمخلة والشفية الانفية الشفوية ويمكن مشاهدة في احوال
اليرقان الخفيفة واما اصفرار الشفتين والوجه الباطن للذين فهو نادر
ولا يشاهد الا في احوال اليرقان الشديدة ومع ذلك فان الوجه السفلي
للسان يصفر غالبا في ابتداء اليرقان ولأجل تميز اللون اليرقاني في العتاء
المخاطي فغهم يلزم الضغط عليه لأجل طرد الدم منه
ولا يختصر الاصفرار في الجلد والاعشية المخاطية الظاهرة بل أنه يعم
الاعشية الباطنة المخاطية والمصلية معا والنيح الخلود والانسكابات
المعدنية أيضا كانسكابات البريتون والبيورا بالمفاصل وقد تتلون
الاورساط الشفافة للقلة فيج المريض الاشياء مصفرة وتتلون الجذنين
في بطن امه بدرجات مختلفة

وتختلف اصفرار الجلد باختلاف شدة اليرقان وتاريخه فاذا كان اليرقان
حادا ووصلت الصفرا في الدم بمقدار كبير يكتب الجلد لونا برتقاليا غامقا
وهذا نادر وفي المادة يستولى اليرقان على الجسم ببطء ويكون لون
الجلد في الابتداء مصفرا شبيها بلون الكبريت او الذهب أو الزعفران
او الكوكم ويكون اللون اعظم في المحاذرات البشرة السمكة وعند

الشيخ ويقع اللون في الوجه والجبهة والذراعين جهة الاثناء والبطن
ويقول وضوحاً في الاطراف السفلى وكما ان من اليرقان يعمق الاصفرار شيئاً
فشيئاً ثم يصير مخفراً وزيوتنا غامقا ثم سودا وينسب تنوع اللون للذكور
ليتغير لون الصفرار بتعرضها للهوا واستحالة البيلروبين الى بيليروبين
ثم الى كوليكتيلين

واللون الزيتوف يدر عادة على قدم اليرقان وكان قد يسمى باليرقان
الاسود وربما يستدل به على تمام استداد المسالك الصفراوية أو على
احتمال الكبد بأفات سرطانية خبيثة

ولا يقتصر اللون اليرقاني على الانسجة والامشكبات بل يعم معظم الافرازات
كالعرق والبن والبول بحيث تصفر الملابس والاقشة بعلامته
هذه الافرازات واما المصابعا المروج والافرازات المخاطية فلا تتأثر منه
عادة وانما تقتصر آثار كبريتوسيانوف البورتاسيوم الموجودة في اللعاب
طبيعية (فينيك فاج) وتفتقد ايضا المواد الملونة الصفراوية في كل
من الفتوات الصفراوية والموصلة المرارية اذا كان مجلس لتعاقب الصفرار
اعلى منها فتصير المواد المخاطية الموجودة فيها عديمة اللون وفي مثل
هذه الاحوال تخلق الاسماء ايضا من المواد الصفراوية ويصير لون
المواد البرازية سجايبا او كلون الطفل الابيض

ومثي تكون اللبن بالصفرار يلزم منع الرضاعة خيفة تشتم الطفل الرضيع
واما تلون البول بالصفرار فانه يختلف من الاصفرار الخفيف الى الاسمر المخضر
او الداكن او الاسود الغامق ومثي كان البول مسودا يمكن استكشاف
اللون المخضر فيه بالنظر الى حافة السائل بين العين والضوء أو بصب
جزء منه على هيئة طبقة رقيقة في اناء شفاف أو بمرج السائل لأجل
ظهور الزبد فيه متلوها بالون المخضر وفي هذه الحالة يستمر الزبد مدة
طويلة قبل ان ينفق، واما اذا غمر في البول قطعة من ورق المرشح

الابيض

الابيض أو من القماش أو الحرير الابيض فأنها تتلون باللون الاصفر الواضح
وتكون البول باللون الاصفر أيضا صاحب اليرقان دائما ولا يزول الا اذا استقيم
الغذاء الصفر في الكبد وسلكت مسالكها الطبيعية فالشروط للمقاومة
وزوال لون البول قبل الجلد ويستمر تلون الجلد بعد الشفاء ببعض أيام
لأن المادة الملونة التي ترسب في طبقة مائية لا تنصرف الا اذا تجددت
الخلايا المصبوغة

ولاجل اثبات وجود الصفر في البول لا يكفي بالبحث عن اللون بالعين فقط
بل يلزم استعمال الجواهر الكشافة وهي كشاف مارشال واجلين للتحقق
بالبيروين وكشاف شينكوف المخصص بالجواهر الصفراوية
اما كشاف مارشال فيقتضي صبغة اليود وطريقة العمل هي ان يوضع قليل من
البول في خبار وتضاف اليه بعض قط من صبغة اليود ويخرج فيكتب لونا
اخضر زمرديا اذا كانت محويا على البيروين واما كشاف اجلين فيقتضي
حمضا لتترك المتروزي وطريقة العمل هي ان يوضع قليل من الحوض في خبار
ويضاف اليه قليل من البول بواسطة خبار ثاب بحيث يسيل على جدر
الخبار بلطف فيرى حال ملاسة البول للحض ظهور حلقات مختلفة اللون
الاول محفورة والثالية لها مزقة ثم بنفسجية ومصفرة ويمكن تنويع
طريقة العمل على الأوجه الآتية

فاما ان يعصب من البول بعض فقط على طبق ابيض مغسول ثم تضاف اليه نقطة
من محض التريك النروزي بواسطة قضيب من الزجاج فتظهر حالا في
محيط النقطة المحفورة حلقة محفورة تليها حلقة مزرق ثم بنفسجية صفراء
واما ان تبلى ورقة ترشيع بيضاء في البول وبعد تقطيعها توضع على طبق ابيض
وتس في نقطة مختلفة بواسطة قضيب من الزجاج مغسول في محض
التريك فتظهر للحلقات الملونة المذكورة في محال ملاسة المحض
حالا واما ان يعصب بعض من محض التريك في جفنة من الزجاج ثم يقط

فوقه البول بواسطة بينا فيظهر فيعمل سقوط البول حلقة مخضرة تتسع وتضيق
وتعقبها حلقات مزرقة ثم مصفرة وإذا احتوى البول على النيلة فلا يظهر
فيه إلا اللون الأحمر والبنفسجي فقط بما ملته بحضن الترريك على وجه ما
ذكر

ولأجل إيضاح ألوان كشاف أجلاين يتبدأ برج البول مع الكلور فورم
قبل معاملته بحضن الترريك

وأما كشاف يتكوفر فهو قليل الاستعمال ويتضمن حمض الكبريتيك والسكر
وكيفية العمل هي أن يوضع في البول بعض نقط من شراب السكر أو بعض
نقاط من سكر القصب أو الجليكوز ويضاف إليه حمض الكبريتيك باحتراس
ثلاثا يجعل المحلول في المئوية المئوية ٧٠ لأن هذه الدرجة وما فوقها
تمنع مفعول الجبري الكشاف وبمراعاة هذا الاحتراس يظهر في الحال لون
بنفسجي لطيف ينشأ من وجود كمواضع البولية وحيث أن هذه الطريقة
سريعة الاجراء فلاجل التسهيل في العمل يمكن اتباع تنوعها الآتي وهو أن تدق
قطعة من السكر في قليل من البول ثم تغمس فيه ورقة ترشح بغير ماء
تترك الورقة حتى تجف ثم تغمس بفضيب من الزجاج مغسوس في حمض الكبريتيك
فيظهر اللون البنفسجي فيعمل ملاسة الحمض وإذا لم يحتو البول على حمض
بولية تكتسب نقطة الملاسة لونا مسودا كالحرق ولزم التنبه إلى كون
اللون في كشاف يتكوفر لا يظهر بإيضاح إلا إذا تجرد البول قبل من المواد
الملونة الصفراوية لأن وجودها يوجب سواد المسائل واضطراب لونه

ورسوب المواد الملونة للعضو في الجلد يوجب في المادة الاحساس فيه
بأكلون شديد خصوصا في راحتي اليدين وأخصص القدمين وفي قوائم
الأصابع وربما منعت النوم لاستقرارها بالليل وقد يسبق الأكلون ببعض
أيام ظهور اليرقان وقد يتضاعف الأكلون بطلخ على أوبال الخيمة والحزاز
وإذا انبربا تظهر بقع مسوية في الجلد ولا سيما الإحفاان وأقل منها في
راحتي

راحتي اليدين واخصى القدمين وحول المرفقين والركبتين وتقير البقع
في الغالب باستعداد ادها للبقعة ولونها النماق وقلة بروز سطحها مع
عدم القيس وتكون حافتها اما محدودة او غير مستطلة وقد كتبت البقع
هيئة الدرنات الصلبة ويكون لونها اصفر محمرا

ولا تنوع الحرارة الطبيعية في اليرقان البسيط واما النقي فانه يصير بطيئا
وقد يصل الى ٤٠ او ٣٠ او اقل من ذلك في الدقيقة ويزداد قوتهم (مادة)
وينسب بطله النقي الى الكواض الصفراوية التي تقبل الى الدم وليس لهذه
الظاهرة تأثير على الانذار وقد يصحبها تنغ في الصمامات الازينية البطنية
وقد تضاعف بالرماد ويسيل الدم في الغالب من فحة الانف اليمنى (إلمان)
وتؤثر اليرقان على طباع الشخص فيصير قريب الغضب سريع العقاق قليل الصبر
وتختل قواه ويشتك من الارق ويقع في الهزال والخلو

ولذا ان من المخبر تظهر اعراض الكاشكية الصفراوية
التي تنصف بالاوزما والارتشاحات المصلية والغورفورا والانزفة
الباطنة والاسهال او تحصل اعراض تسم صفراوية تصنف بحركة حمية
معصوبة باعراض خفية كالهذيان واضطراب التنفس الشيم ستوكي الذي
ينتهي بالهلاك

واما الدم فانه لا يتنوع في اليرقات البسيط الخفيف وانما يتلون مصله بالصفرا
واما اذا ادى اليرقان او كان خبيثا فان كرات الدم الحمراء تقل ويزيد مقدار
المواد الشحمية والكلوليسترين فيه

واما الكلاظها اهمية كبيرة في اليرقان لكونها منوطة بتجميع الدم من
الصفرا ولكن مرود هذا السائل فيها يؤثر عليها مع الزمن فيصغر لونها
ثم يخض وتلون بشرة الانابيب البولية ثم تتحول الى الحالة الشحمية
ومما تقدمت هذه الاستحالة يتصل الافراز البولي وينشأ عن ذلك
زيادة خطر اليرقات

٥٥٤
(في الأمراض المتعلقة بأنواع اليرقان خاصة) اليرقان المتعلق بسيرور
الكبد وأورامه الخبيثة وأكاسه الديدانية سنفيد الكلام عليه عند
شرح هذه الأمراض ولتقتصر هنا على ذكر اليرقان الاحتباسي
واليرقان الذي المبر عنها بالمبسط أو الخفيف وينتج عنه بذكر
اليرقان الثقيل أو الخبيث فنقول

(أولاً في اليرقان البسيط الاحتباسي) ضيق المسالك الصفراوية وانسدادها
يوجب أن تتراكم الصفرا فوق المائق وامتصاصها وحصول اليرقان المعبر
عنه بالاحتباسي أو الركوندي أو الخفائيكي وهو يمتص بظهور الأعراض
العامة لليرقان المعصوبة باضطراب مخصوص في الهضم ناشئ من
عدم ورود الصفرا إلى الأمعاء ويكون الصفرا تساعد على هضم المواد
الدهنية وعلى منع تقطن المواد البرازية وعلى تنبيه الحركات الديدانية للأعضاء
فيستب من فقدتها عادة حصول الأمساك واستفراخ البطن بالغازات
وخروج المواد الثقيلة فاقدة لونها شبيهة بالطفل الأبيض أو الرماد
أو بيران الكلاب وتكون منتنة جداً صلبة وسمية وفي النادر رخوة أو
نصف سائلة وتفتقد الشهية أو تضطرب ويشتكى المريض بالعرق من
الاطعمة وربما حصل من رؤيتها التهوج والقيء ويتغلى اللسان بطبقة
عجيبة ويصير ظم الفم مرًا ويتسرح الهضم ويقع المريض في الخافة التي
تزداد كلما ازمن اليرقان وربما بلغت الخافة درجة الهوكة

وبالتأمل في المواد الثقيلة توجد دسمة بحيث أنها إذا كانت رخوة
أو نصف سائلة وتركت وشأنها في إزاء زماناً فإن المواد الدهنية تنزل وتطفو
على السطح على هيئة قشر رقيقة أو سمكة لاسية بجوار حديد الاناء أو
تجتمع على هيئة بقع شبيهة ببقع الشمع الدهن إذا سألح وسقطت نقطة في
الماء البارد ويزيد مقدار المواد الدهنية في البراز إذا انحطب احتباس
الصفرا باحتباس المعوي البكري ماسي بسبب إحصابة السدة السكرية

بأفان

بآفات أخرى

ومعجب اليرقان الاحتباسي استفاخ وتآلم والكبد يستمر زماناً يتبعه الضخور والسيروز الصفراوي واحتباس الصفرا في الحوصلة المرارية يجب تمدها بحيث يمكن الاحتساس بها بالجلس على هيئة ورم مستدير أو كثرة الشكل امس يتبع حركات النفس وقد نقل الى حجم رأس الطفل فمثلاً الماصرة اليمى الى العرف الحرقفي ومع تقدم الزمن تنحصر الصفرا منها ويحل محلها مادة مخاطية عديمة اللون ناشئة من الافراز القزلي ويميز عن هذه الحالة باستسقاء الحوصلة المرارية الذي قد ينتهي بالانفجار ومعهول عوارض شتى ثم ان مدة اليرقان الاحتباسي تختلف باختلاف طبيعة المائق المانع لمزود الصفرا فان كان الاحتباس بسيطاً مطلقاً بالالتهاب القزلي أو الحصى أو الصفراوية مثلاً لا تزيد مدة عن بعض ايام الى شهر أو شهرين فاذا استطالت فوق ذلك يمكن اعتبار المائق مطلقاً بأسباب خبيثة أخرى ويستدل على مجلس المائق بالبحث عن الحوصلة المرارية لأنها تمتد أو تضيق بالاستسقاء اذا كان المائق في القناة الصفراوية تحتها ولا تنوع اذا كان مجلس المائق فوقها

وثانياً اليرقان البسيط القزلي (تزلالت المسالك الصفراوية) توجب استفاخ الغشاء المخاطي وازدادته بمواد الافراز فينتسب عن ذلك اعاقه سيلان الصفرا ومعهول اليرقان ويكون تزلالت المسالك الصفراوية تتبع نوازل المدة والاثني عشرى غالباً أو تضيق سوء الهضم سعى اليرقان المزني ايضاً باليرقان المعدى الاثنى عشرى وسوء الهضم الصفراوي وقد تضيق حتى خفيفة تسمى بالحمى التزلية الصفراوية وانها وإن تنوعت الاسماء فإن الاعراض اليرقانية تشبه الاعراض العامة ليرقان راغنا تسبقها اعراض القزلة المعدى الاثنى عشرية أو الحمى التزلية الصفراوية التي تنصف بالحمى الخبيثة الشبيهة وفقد الشهية وتغلي السان بطبقة مصفرة عجينية وبناتنة النفس والمخضى والغثيان أو القيى والاحساس بثقل واستفاخ في القسم الشراسيفي وامساك واذ حصل الاسهال

يستدل به على امتداد النزلة الى الامعاء الدقيقة وتزول الاعراض المعوية الاثنى عشرية في الغالب متى ظهر اليرقان

واذا كان اليرقان متعلقا بسوء الهضم كما يشاهد عند الاشخاص المفرطين في الأكل والمشروبات الروحية المرحلين في الحركة والرياضة الجسمية فإنه يتصف بظهوره بدرجة خفيفة وتآلم القسم التشريسي والمراق الايمن والجس يوجد الكبد متوترا يتآلم بالضغط عليه ويشكى المريض بتعب يزداد بعد الأكل وتغطى المسان بطبقة مصفرة ويحصل الامساك ويضطرب النوم في الغالب ويبقى الملق اذا دام المريض ويستيقظ وحده صدياع أو الألم حاداً تنصرف مدة النهار أو يحصل له دوام وخفقان وقد يشاهد تضريس الاسنان مدة النوم وقد تنضلعف هذه الاعراض بالحققان وعسر التنفس

ويستمر اليرقان التزلي عادة من اسبوع الى ٦ اسابيع وينتهي بالشفاء عادة وانما يعقبه استمداد للحصوات الصفراوية والنقرس

وسواء كان اليرقان احتباسيا أو تزليا فإنه قد يستمر بالشكل الخفيف ويظهر حميد ثم يبين انه متعلق بسرطان المسالك الصفراوية أو ينقلب الى الشكل الخبيث بدون سبب ظاهر وهذا الذي يوجب دوما الاحتراس في الأنداز (ثالثا في اليرقان الخبيث) اليرقان الخبيث اما ان يكون اصليا أو تايما أو ناشئا من النسم بالفسفور ويتعلق خشه بجالة الكبد أو الكلا فاذا أصيبت الخلايا الكبدية ووقف اخراز الصفرا كما يشاهد ذلك في السيروز والاصفر أو السرطان الكبدى واصيبت الكلا ووقف خروج الصفرا مع البول يصير اليرقان خبيثا ويتصف الخبيث بالحى والتكسر والألم العضلية والاعطاط وظهور الاعراض التيفوئية واللون اليرقانى والارتفة المتعددة من الانف والمساك العضمية والبولية وتحت الجلد بشكل اكيموزات ارفورفورا والاعراض العصبية كالقيح وعسر التنفس والهذيان والتقلصات والكوما والفواق وهك المريض في مسافة بعض ايام الى اسبوعين

اسبوعين او ثلاثة بالاعراض العصبية الضعيفة ويندر الشفا ويسبقه في
 المادة جران كالعرق والاسهال وادرار البول
 ولتسلطن بعض الاعراض يسمى اليرقان الخبيث تنفويا او ضعفا او نزيفا
 و(تروسو) يعتبر اليرقان الخبيث الاملي مرضا وبائنا معديا شبيها
 بالحيات العفنة ولحمي الصفرا وينشأ خفوط من امهات الخلايا الكبدية
 وابطال وظيفتها وانتشار المادة الملونة ولحمي امض الصفراوية في الدم
 التي تنفخ اليها عوارض التسمم البولي عقب الحصاة الكلا التابعة ليرقان
 (التخفيف) يسهل تمييز اليرقان بالنظر لتلون الجلد والاضحية الخاطية
 ووجود المادة الملونة للصفرا في البول ولا يلبس اللون اليرقاني بالبول
 الخلوروزي الخضر ولا بالبول الكاشيكسي الصفرا الباهت ولا بالبول
 الترابي التسمم الاجاعي ولا بالبول الادواني لمرض اديسون فان للحمية
 في جميع هذه الامراض لا تلون بل يستمر لونها ابيض لؤلؤيا نقياً
 وقد يكون اللون اليرقاني خفيفا جدا فيعسر تمييزه عن اللون الصفرا في الانثيا
 الخبيثة والكاشيكسي المتقدمة لاسيما اذا تكونت تحت الحمة طبقة شمعية
 ولكن يسهل الفرق بينهما بدقة النظر ولا يلزم البحث في الضوء الصناعي لانه
 اللون اليرقاني لا يتميز جيدا الا في الضوء الطبيعي مدة النهار
 ولا يكتفي الطبيب بتشخيص اليرقان بل يلزمه تمييز نوعه ان كان بسيطا او
 احتباسيا او نزليا او مستقلا بسوء الهضم او كان خبيثا او قابليا وبالتنظر
 للاعراض الخصوصية لهذه الانواع والافات التي توله اليرقان يمكن الاستدلال
 على التشخيص

واما تمييز اليرقان الخبيث عن الحمي الصفرا فنذكره قريبا
 (الانذار) الانذار في اليرقان البسيط حميد عادة الا انه يجب التنبه الى
 ان اليرقان الحميف قد ينتقل الى الشكل الخبيث بدون سبب واضح وهذا
 الذي يوجب الاحتراس في الحكم

(المعالجة) اليرقان البسيط لا يستدعي جزم المريض في منزله بل يصح له بالخروج والرياضة ويمتنع من تناول المواد الدسمة والغطورات وتطلى له الالبطن والقهوة والشاي والامراق والخضر اوات المطبوخة والبيض والحلم الابيض والشراب البنيذ والايوانة النباتية والحوية والمياه الغازية كبلس وسان جالميه

واروية اليرقان النافسة هم العلويات كماء ويشى وكاربسباد وكربونات الصودا والنوشادر والاسامح المتعملة المليئة ككبريتات الصودا والمائيزيا وتضاف اليها المسهلات النباتية كالراوند والصبر والسنا أو يعطى الزيت الحلو ولحبوب الزرقا والتاكا كسكوم أو يعطى اليرودوفيلين مع الراوند ولا تستعمل المسهلات الخمية الا في الشادر وتطلى مدرات البول ان كان اهلز قليا ولا يجمع خلوات البوتاسا أو نتراتهما

ومع تطور الخاطئ يسهل انصراف اللون اليرقاني من الجلد باستعمال المدرات والمفرقات والمحامات الساخنة التي يضاف اليها قدر قليل من بيكربونات الصودا ويعطى من حمض البتريك من ٠.٣ : ٠.٤ فحات في اليوم

وفي اليرقان الخبيث الاصل يمكن استعمال سلخات الكينا ضد الحمى والاعطاش وتستعمل المنبهات كما في الامراض الغفنة واذا ظهرت علامات التسمم البولي

يعطى من حمض البتريك ٠.٣ ج ومن الكافور ٠.٥ وسترجم ومن المسكو نصف جرام في كل ساعتين مرة أو يحقن الزيت الكافوري تحت الجلد ويوضع

الحرد أو الحمام على القفا والمكدرات الجليدية على الرأس واما اليرقان القاعبي للأمرض الخبيثة فيحتاج لمعالجة السبب واذا كانت احباس الصغرا مستعرا يمكن استعمال العلويات والتاكا كسكوم والتاكا كسكوم واليخود واليخود

وحدها أو مع البنيذ ويعطى للمريض يمد الطعام بساعتين مقدار من صغرا البقر بقدر ٦:٣ فحات على هيئة حبوب مختلفة يبلسم الطويل الاثيرة لتمر من المعدة وتصل الى الامعاء وتساعد على الهضم ومنع التشنج ويمكن استعمال

خلاصة

خلاصة البكترياس الجليسيرينية ومضادات الصفوة كالكلوبوذوت والديمول
والتربتين والفم النباقي وتستعمل اللينات والمزقات على حسب الاقتضا
ولاجل تطييف الأكلون تستعمل الحامات القلوية وتطحن القلوبات من الباطن
لا سيما كرمونات البوتاسا المرمطة من بيكر بونات الصودا وبرومورهما مقدار
كبيرا وإذا لم يتطافت الأكلون يعلو البلاذنا من الباطن وتنفعل غسولات
تجلبو لحمض السيان ايدريك ولا يستعمل الاقود الا في النادر وبعضهم يؤمن
بفضل الحقن بالبيوركاين

(البحث الثاني في الحصى الصفراوية)

الحصى الصفراوية كثيرة الحصول عند الانسان ويمكن مشاهدتها في
المسالك الصفراوية من ابتداء القنوات الصفراوية الصغيرة داخل الكبد الى
القناة الصفراوية النهائية وجلسها المتأخرة الحوصلة المرارية
(الاسباب) تشاهد الحصى الصفراوية بالاكتر بعد سن الاربعين وتزداد
جدا قبل سن العشرين وتصيب النساء أكثر من الرجال وينسب ذلك لاستعمال
المنطقة أو تكرار الحمل والافراط في الأكل والحيشة الجلوسية مما يساعد
على ظهور الحصى الصفراوية واستعمال المياه الكلسية والوراثية لها دخل
عظيم في اكتساب الاستعداد الدياتريز الذي يشمل الصدر والقرص
او الروماتيزم والحصى الصفراوية او البولية والابخرية والاكزيما ونحو
ذلك

وما يساعد ايضا على ظهور الحصى الصفراوية الأجسام الغريبة
التي تصل الى المسالك الصفراوية والآفات التي تخرج نوات هذه
القنوات أو شيق سير الصفرا فيها وتوجب كثافتها
وكيفية تكون الحصى لم تعلم جيدا وانما تحتاج لرسوب مواد الصفرا ونجمها
ويظن ان نوازك الحوصلة المرارية يتولد منها الكلس او تسبب عنها حموضة
الصفرا وعلى كلا الحالتين تتخلل املاحها وتينزل الكولسترين والبيلورين

وترسب وحدها في حالة تبلور أو ترافق الكلس
 يكون (التشريح المرضي) مجلس الحصى الصفراوية في الحوصلة المرارية عادة أو
 في القنوات المرارية وتختلف أوصافها باختلاف طبيعتها أما حجمها فيكون
 حجم الرمل الخشن أو يصل إلى حجم البيضة وربما بلغ قطرها ٥ سنتيمتر على مدار
 سنتيمتر (ميكمل) ويكون شكلها مستديرا أو اسطوانيا أو كثيرا بشكل
 الحوصلة وتكون حينئذ وحيدة ومائلة لها وأما إذا كانت متعددة
 فتكون لها اسطحة وزوايا مستقلة أو غير مستقلة أو بروزات وانماصات
 ناشئة من ضغط الحصى على بعضها وقد تكون متشعبة يمتد منها أوعية
 بهيمة التوت وقد يصل عددها إلى ١٠ أو ما واحدة وبعضهم وجد منها
 مئات وفوق الألف في الحوصلة الصفراوية (أوتق) ويختلف لونها من
 الأصفر إلى الأخضر والأسود ولا يكون مبيضا إلا نادرا ويختلف قوامها
 ووزنها على حسب تركيبها

وقد تكون الحصى مستوية التركيب وهوادند والغالب أن يكون مركزها
 مغaira للدائرة أو تكون متكونة من طبقات بعضها فوق بعض على شكل
 البصلة وهو نادرا أيضا والنواة المركزية متكونة إما من اللوسين أو
 من الخلايا البشرية أو من الكولسترين أو البيلروبين متحدة بمادة كلسية
 أو تتكون النواة من جسم غريب كالآيز والديدان المعوية وبقود الفواكه
 التي تعيل إلى المسالك الصفراوية من القناة المعوية وأهم أنواع الحصى
 بالنظر لتركيبها هي الحصى المتكونة من الكولسترين أو المادة الملونة
 لصفراء الكلس والحصى المتضاعفة التركيب

أما الحصى المتكونة من الكولسترين فإنها تكون بيضاء شفافه كالزهر
 متى كانت حديثة وتضيق معققة مع قرص من الدهن ويحتوي على
 رغويات يمكن هرسها بين الأصابع ولها دسما أو صابونيا ولونها
 الناعم خفيفا جدا ولكنها ترسب في قاع الماء إذا كانت حديثة ولينة وأما
 بعد

بد جفا فيها فتنظرو على سطحه بمضربين ثم سحق امتصت الرطوبة فتعوى الى
القاع واذا شقت بسكين مثلا يوجد سطح الشق مستويا شيئا بكسر
الكافور أو الخمر أو تكون مشحمة كاللحم وهذه الحصى قابلة للاحتراق
والاحتراق لها لهب رائق ويختلف حجمها من رأس الدوس الى الجوزة
وأما الحصى المتكونة من المواد الملونة الصغرى فهي اندر من الكولسترينية
ويكون لونها اما صديا أو مخضرا أو سودا وقوامها هش بحيث تنشق
بعضها بين الاصبعين وقد تكون صلبة وكسرها متجاسا او على هيئة طبقات
صلبة ويكون حجمها في العادة صغيرا وتكون متعددة وربما بلغ عددها الى
مئتين في الحوصلة المرارية

وأما الحصى المتكونة من الكلس فهي اندر الجميع ويكون لونها مبيضا أو
اسفنجيا وقوامها صلبا وثقيلة في الوزن وأما الحصى المتبقعة
التركيب فأكثرها حصى ولا هي الحصى المتكونة من الكولسترين مع المادة
الملونة الصغرى بحيث تكون متمزجة ببعضها أو تكون الحصى كولسترينية
وقشرها متكونة من البيرولين متحدة مع المواد الكلسية
ويتسبب عن وجود الحصى في السالك الصفراوية آفات مختلفة كالتهاب
العشاء المخاطي وتعدد الحوصلة المرارية واستحالة طبقتها الصغرى الى
الحالة الشحمية أو الكلسية وينشأ من الإفرازات الالتهابية نوع مائة جيرية
تختلط بالحصى على هيئة عجينة رخوة أو تنكس الحصى في ثنيات العشاء
المخاطي وقد يعتد الالتهاب المانع الفنج الكبد

(الاعراض) قد لا يتسبب عن الحصى الصفراوية اعراض واضحة مدة الحياة
وانما تتكشف في لحظة بالصدفة أو بحسب امتلاء الحوصلة المرارية تحت
جلد البطن في ألم بالحصى مع بروزها على هيئة ورم صلب ربما يسمع فيه
بالجس صوت يشبه تصادم الحصى أو الجوز في الكيس وقد تنال متاعده الحصى
الصفراوية في المواد الشظية عند من لم يسبق له الشكوى باعراض الحصى

وهذا يشاهد بالآثار عند الشيوخ بسبب استرخاء الممالك الصفراوية وقلة
احصائها عن شأنا الخطاطي عندهم

وقد فتت اعراض الحموات خلف بعض الامراض المصاحبة لها او المتسببة عنها
كالتهاب الممالك الصفراوية وخراجات الكبد وقد يثبتي المريض بفقد
الشهية واضطراب الهضم ويكرر عنده القيء ويظهر اليرقان في الوجه
وللغشاء ويحس بثقل وتلم في قسم الكبد والقسم الشراسيفي ولا يشتد به
الاعراض زيادة على ذلك

والاعراض الاكلينيكية للحموة الصفراوية تنحصر في الموضع الكبدى
واباحة الصفرا والمضاعفات فلتذكرها على هذا الشق فحقول
(اولا الموضع الكبدى) الموضع الكبدى يحصل على الوجه الآتى وهوائ
الحموات الصفراوية القى توجد في الحوصلة المرارية تستقل منها وتختصر
في القناة المرارية او تصل الى القناة الصفراوية ثم تسقط في الانق
عشرى او تستهقر وتجمع داخل الحوصلة المرارية وفي حال مرورها في القناة المرارية
والصفراوية تهيج الغشاء الخطاطي وتخرج الآلام العصبية التحموية عنها
بالموضع الكبدى ويشتد الألم اذا كانت الحموات كبيرة الحجم بالنسبة لقطر
القناة المارة فيها او اذا كان سطح الحصى خشنا او اذا وياحاداة

ويظهر الموضع الكبدى في العادة من نفسه خفاة او عقب بعض الاسباب
المرضية له كالتهاب الجسى والوب والرقص والجري ورج العرب وتعالج الالتهمة
والمشروبات والانفعالات النفسانية وبخلاف ذلك يتصف الموضع الكبدى
بالألم الذي يختلف في حدته ومجلىه باختلاف الأحوال ويكون في الثالب
مختصرا في قسم الكبد او يتشمع نحو القسم الشراسيفي والسرعة والكثف
والظفر ويكتسب حدة قوية بحيث يصير المريض يثأر ويترج في الانق
او في فراشه ويتخذ اوضاعا متنوعة ويتكور على نفسه ويضيق على سرفته
الايمن طمعا في لطيف ما يقاسيه بلا طائل ويستمر الألم حرقا أو مزقيا

أو مزقيا

او وخزيا وقد يشع غول الحسية المضي او يتد بطول الذراع الايمن وتقر على سحنة
المريض هيئة الضجر وتنتفي الجبهة بمرق بارد ويهت الوجه او يحمر وبالحث عن
المطبخ توجد متوترة او متبسة كلوح الخشب لاسيما في المراق الايمن ويوجد الكبد
مقددا وبالضغط عليه يتألم المريض خصوصا عند وصول الضغط قرب ما من
الموصلات المرادية اى في حفلة حافة العضلة المستقيمة البطنية اسفل الضلع
الثامن الايمن حالا

ثم ان للمرض الكبدى لا يكون دائما بهذه الشدة وقد يكون خفيفا جدا وينصرف
بسرعة او تتلطف حدة ثم تعود الى شدتها الأولى ويتعاقب ذلك مرارا وهو
المبرع عنه بنوبة المرض الكبدى تختلف مدتها من ٦-١٢ ساعات الى بعض
ايام وتنعرف في العادة فجأة ويحبها الاحساس بالراحة المطلقة ويستدل
من ذلك على سقوط الحصة في الاثني عشره أو رجوعها في الموصلة الحرارية
وقد يصحب انصراف النوبة قبول غرور رائق يبرع عنه بالبول العصبي
ثم ان نوبة المرض الكبدى قد يسبقها الاحساس بالشمعية وقد يصحب ارتفاع
حرارة الجسم الى درجة ٤٠ وفي احواله اخرى لا تفصل الشمرية ولا تتوسع الحرارة
او تخففى ويكون النغى اما متواضعا منتظما أو بطنا متمكنا ويسرع التنفس
ويصير لهيا ويصحب للمرض الكبدى في العاير فانه وفيه يكون في الابتداء
خذاثيا ثم يصير صفراويا او غاطيا ويكون الانسالك مستقصيا والاسهال
استثنائيا والبول نادرا مركزا ومختلا ببولات مفرطة او يكون صفراويا واذا
كان للمرض شديدا ربما يتضاعف بالهذيان والتقلصات العامة وفقد
الادراك

(ثانيا في اعاقه الصفرا) اليرقان الذي يصحب للمرض الكبدى غالبا ينسب
الى اعاقه الصفرا واحتباسها ويشترط لحصوله حينئذ انسداد القناة الصفراوية
بالحصوات انسدادا تاما مدة كافية بحيث لا تمكن الكليتان لافراز الصفرا
الجمعة في الدم وتخلصه منها ويكتسب اليرقان في هذه الحالة او مصاف-

اليرقان الاحتشائي الذي يتصف باصفرار الجلد خصوصا في الوجه واصفرار
 اللثة وخروج الغائط دسما وفاقدا للونه واكتساب البول أوصافا مخصوصة
 كما سبق شرحه بالتفصيل ولكن لا يظهر اليرقان عادة إلا بعد اعتبار اصفر
 بؤبؤ العين أو تلاتة وربما استغنى التكد وتعدد الحوصلة المرارية وبرزت تحت
 الجلد وأما إذا لم يتم انسداد القناة الصفراوية أو انسدت القناة المرارية
 وحدها فلا يحصل اليرقان بهرجة واضحة وذلك بسبب استقرار سيلان
 الصفراء في الاثني عشر وقد تبين من الاستبانة ان اليرقان لا يضاعف
 المعنى الكبير إلا في نصف الأحوال تقريبا

وليزم الأثناء في البحث عن المواد الثقيلة في أحوال المعنى الكبير لأجل
 استكشاف الحصى الصفراوية ولا يكفي بالبحث السطحي بل يطرح المواد
 في قفل من الشعر أو السك ويصب عليها الماء لأجل ذوبانها وغسل الحصى
 ان وجدت ويلزم تكرار البحث يوما مدة اسبوع بمروية المعنى
 ولا تستكشف الحصى دائما لأنها قد تندفع في اللثة وتخرج بالقيء
 وهو نادر وقد تنهقر وتجمع الى الحوصلة الصفراوية وازاوجرت الحصى
 فأنها قد تكون تامة أو مكسورة ولا يوجد منها إلا بقى قطع فقط وقد
 تحضر بؤبؤ المعنى الكبير بمروية الديدان في القناة الصفراوية وأما
 ذلك استثنائي

ثم ان انتهاء بؤبؤ المعنى الكبير بالشفا على وجه ما ذكر آنفا هو الأكثر
 حصولا ولكن دائما غشي بؤبؤا من الكسرات ويستمد على الكسرة بخروج
 الحصى ذوات الاسطحة التي تدل على تداها وقد تنهى البؤبؤ بالهلاك
 أو تضاعف بعوارض مختلفة يلزم ذكرها هنا
 (المضاعفات) حلق العشرة والحمى والتقلصات العامة وفقد الإدراك
 السابقة الذكر قد تنشأ من عدة الالم الخطاط عصى علم بؤبؤ الحمى
 المهادك بالاغما وشلل القلب أو يحصل احتقان بؤبؤ أو سكتة

غنية خصوصاً عند الشيوخ أو المحدث في القلب الأبيض وعدم كفاية في الصمام ذي
الشرفات الثلاث (ثلاثي) وأوزنما الأطراف السفلى أو يصاحب انقضاء
الباب من القلب بالالتهاب الحاد المعقن لطيف أو تصاحب للمسالك الصفراوية
بالسرطان البشري

هذا وقد يتسبب من اختار المحصوات في المسالك الصفراوية انسدادها المستمر
فإذا انضمت القناة المرارية تخبر الصفرا عن الحوصلة المرارية وبعد اتصالها
بما بقى فيها من الصفرا تغير وقياس بالالتهاب المزمن فتكاثف جدرانها
وتند أو تملأ بالفراغات مصلية مخاطية توجب عتدها الاستسقاء ولكن
حيث أن الصفرا في هذه الحالة تسمى في سبيلها نحو الاثنى عشر فلا يشاهد
الخطر الذي يصحب انسداد القناة الصفراوية فإنا نستدرك هذه القناة
بوجوب ظهور اليرقان الاحتباسي ويتضاعف بتمدد المسالك الصفراوية
والسيرور الصفراوي والالتهابات والحراجات الصفراوية والتهاب في مجرى
الوريد الباب ويهلك المريض بالتسمم الصفراوي أو تنقرق المسالك الصفراوية
وتتسبب الصفرا في البريتونة ويحصل التهاب بريتوني ممت

وقد يتسبب من اختار المحصوات في المسالك الصفراوية التهابها وتقرحها وانفجارها
بالاعضاء المجاورة ثم انصهارها بهذه الاعضاء وسقوط المحصوات في
المعدة وخروجها القيء أو سقوطها في الامعاء الدقيقة أو الغليظة ثم
خروجها في الفم أو سقوطها في حوض الكلى ومنه إلى المسالك البولية
أو المثانة وقد تنفذ محصوات القنوات الصفراوية الكبدية في الصدر
عقب إصابة الحجاب الحاجز وانتفاخه وقد شوهد خروجها من الشعب مع
البصاق (دراسفله) وفي جميع هذه الأحوال قد يختلف عنها نوا سائر
متفرقة بين المسالك الصفراوية والاختفاء المذكورة

وإذا انضمت الحوصلة المرارية بجدار البطن وتقرحت ربما يسبق ذلك ناسور
في الجلد يخرج منه الصفرا والمحصوات وإذا سبق تقرح الجلد التهاب بريتوني

عددود ربما تكون جيب ينصل به الناسور الجوارح في نقطة بعيدة عن الحوصلة
الحارثة بقرب السرة أو الأربية مثلاً وقد يفيض المصاب بهذه النواسير
سنين عديدة

وإذا كانت القناة الصفراوية منسدة يستقر سيلان الصفراء من الناسور وأما
إذا كانت سالكة والقناة المرارية هي المنسدة وحدها فلا يسيل من الناسور إلا
مواد مخاطية أو مخاطية مصلية وتنتهي عادة بالشفا

ومضى وصلت لمصوبات الصفراوية إلى الامعاء بواسطة القناة الصفراوية
أو النواسير الخارجية يعرف الخطر عانة ولكن قد تحصل مضاعفات جديدة
إذا كانت المصوبات عظيمة الحجم أو تصدعت في الامعاء بطريقة ترجح إحاطة
المواد البرازية أو انسداد نفس الامعاء ويشاهد هذا المارض غالباً في
المفايف والقولنج والشرج وإذا كانت المصوبات عديدة ربما تتراكم
وتلتصق ببعضها بواسطة المواد الثفلية فتصير عظيمة الحجم بحيث تسد
الامعاء وتوقف في الأعور أو في الزائدة الدودية وبمقبتها التهاب الأعور
وعوارضه المختلفة أو ينشأ من ملامسة المصوبات قيعج في الغشاء المخاطي
للأمعاء فيصل إلى الدرجة القروح وتنتج جدها أو تنقرض ويبقى ذلك
عوارض شتى أو يحصل قزيف باطن عقب أصابة بعض الفروع العروائية
المهمة المتفرعة في الأمعاء وبالجملة فإن المصوبات الكبدية تتضاعف بالمصوبات
الكولية بنسبة يجه وتتضاعف بالنقرص بنسبة يجه وبالقولج السكري يجه
ومدة المرض ليست محدودة فأنها قد تستغل عدة سنين

(التشخيص) يصعب تشخيص المصوبات الصفراوية الكامنة ومضى حصول
المخاض الكبدية تشبه في وجودها ولا يشبه بالآلام العصبية المعدة
التي تتميز بجلوسها في القسم الشراسيفي وسبقها بأعراض معدية أخرى وعدم
اصطحابها باليرقان وأما الآلام الكبدية العصبية فأنها نادرة وتتميز
بامطّابها بالآلام عصبية أخرى ولا تنسب عنها آفة الصفر

وبتخير

وبقيز المنع الزجل باستفاح البطن وتلطيف الأم بالفضة ووجود لفظ الزرق
على حافة اللثة وأما التهاب الأعور والأنداد المبردة والقرحة المبردة لا تشق
عشره فتقير بالأعراض للوضعية والمامة الواصفة لها
وبقيز المنع الكلوله بجلسه واتجاه الأم على سائر المسالك البولية الى
الحشفة ومخرج البول مدعما او يتخلو بالزجل
واذا حصل المنع الكبدى على نوب يومية واسحب بالقتيرة والحى وبما ليس
بالهى المتقطعة واكنه يتيز بدم تنوجه باستعمال سلفات أكينا وبغضوه
عادة في المساء لا في الصباح

(الانذار) الانذار في العادة حديد انما يلزم التأني في الحكم خوفا من المضاعفات
العصبية والالتهابية التي تظفر على المريغ وتعرضه للخطر والهلاك وايضا
لا تؤمن من التكتلات بعد الشفاء ولا من عوارضها كلما تكررت
(المعالجة) معالجة الحصى الصفراوية لها ثلاث مقاصد وهى اول المعالجة
المنع الكبدى - ثانيا خروج الحصى الصفراوية المتحصنة - ثالثا منع تولد حصى
جديدة

اما معالجة المنع الكبدى فتستعمل المهدئات بمقدار كبير كالكلورال
الايدراى (٣ جم في كوب ماء) وخلاصة البيلادانا بقدر نصف لمحى واستنشاق
الكلوروفورم وكلورايديرات المورفين حقنا تحت الجلد (من ٢: ٣ سيجرلم)
والانتيارين (من ٤: ٥ جم في جرعة تؤخذ في اليوم او تفعل منه حقنة تحت الجلد)
انما يتحقق من سلامة الكلى وعدم وجود الزلال في البول ويؤمر المريغ
بالاستراحة في الفراش ووضع لحيته دافئة على قسم الكبد او تستعمل في اللثة
بالمثانة الملوحة بالجليد على حسب الاحوال او يوضع المريغ في حمام فاتر زنا
او يرسل الملق على قسم الكبد او تفعل الحجامة الرطبة لاجل تلطيف الألم
وأما الفين فيعالج بجرعة فوارة او يبيض نقط من صمغ السيان ادمريك
الحقن وينج من هذه المعالجة تسكين الألم واسترخاء عضلات المسالك

البولية حيث يسهل سدد الحصاة ووصولها الى المعده ولا بأس من اعطاء
ملين لاجل سده خروجها حينئذ مع البراز
ولاجل خروج الحصوات يروح بعضهم اعطاء زيت الزيتون بمقدار كبير اخر
جرام) أو يطي الكلوروفورم من الباطن وبعضهم يأمروا بذلك على قسم الكبد
وهذا لا يخلو من الخطر

ولاجل تدارك تولد حصوات جديدة يلزم مرحلة تدبير هذا ببسيط وتجنب
المشروبات والاغذية الدسمة والحضية وتقلل الرياضات الحسية وتستعمل
مضى الادوية كمالسيللات الصودا والمياه المعدنية القلوية وخصوصا
ماء كارلسباد واييس وويشي وحيث اذا استعمال هذه الوسائط العلاجية
يخوض المفضى الكبد عند بعض المرضى بسبب انتقال الحصوات فليتم اخاها
بذلك او لا لاجل راحة خاطرهم ويلزم تكرار استعمال هذه المياه مدة سنوات
متواليات ويستفاد من استعمال المياه القلوية ايضا لتلطيف نزلات
المسالك الصفراوية التي تخوض تولد الحصوات والقلويات تفرش على
الصغرا وتزيد ميوعتها وتسهل سبلانها

وفي مدة الشفا يستمر المريض على استعمال المياه القلوية الضعيفة كماه ميلين
وجيسو بلرومان جلييه وقد تقاضا اليها بكميات الصودا بمقدار ١ : ٢
جرام في اليوم في قدر كوبية من الماء المسخن

وتوجد خلاف ذلك ادوية عديدة يمكن استعمالها ايضا ضد الحصوات
ككواء دوراند (من ٢٠ : ٤٠ نقطة اربع مرات في اليوم) وروح الترنيتينا
(جرام) والايثير الكبريتي (من ٢٠ : ٤٠ نقطة) فوثر خصوصا على
الحصوات الكولسترينية ويحلها والكلوروفورم الذي يذيب الكولسترين
والبليرونين ما (من ١٠ : ٢٠ نقطة ٤ : ٣ مرات في اليوم)

واذا تفاقمت قرب المفضى الكبد ولم تغد الحكة وخيف من حصول المضاعفات
الخطرة يمكن الالتجاء الى الوسائط الجراحية لاجل استخراج الحصوات والطرق
الجراحية

الجراحة لها حليتان علمية فتح الحوصلة للزارية وعلمية استعمالها واذا كانت
القناة المغلقة ممتدة يفعل ناسور منها لاجل سيلان الصغى
الى الخارج

(المبحث الثالث في احتقان الكبد)

احتقان الكبد كثير المصوب وذلك بسبب افراط وعائته ولخصار الوريد
الباب بين مجموعتين شعريتين وهو كبقية الاحتقانات لشوية ليس مرضاً
كأنما بذاته محدود بل هو متعلق بأسباب مرضية شتى
(الاسباب) بالنظر لاسباب هذا الاحتقان الكبدى يعتبر اما توارى ائق
احتباساً فالاحتقان التوارى والاحتباس عند شخص واحد يسبب اشتراك
مفعول اسبابها

ومن اسباب الاحتقان التوارى الافراط فى الاكل والاهمال فى الرياضة
والاكثار من المشروبات الرطبة والبهارات القوية وبغضاد الاحتقان
عقب احابة الكبد الجرعية ونصب آفات الموضعية كالورامه ويحصل
فى سائر بعض الامراض المغنة كالحيمات الاجابية والتفورية والتفوس
الطخى والحمى الراحمة والالتهاب الرئوى اللينى والحمى والاستسقاء والاضطراب
وقد يتلاق الاحتقان الكبدى بانقطاع الحصى او بالبواسير او بامراض
الرحم والمبيضين او بالتقرص او باضطراب المراكز العصبية والاضطراب
المنعكسة

واما الاحتقان الاحتباسى فيتعلق غالباً بآفات القلب والرئتين واورام
الحجاب المنصف حتى تقيق الدورة الوريدية فى الاجوف السفلى او ينشأ من
آفات الوريدون التى تسبب عنها ضغط الاجوف السفلى والاوردة
الكبدية

والاحتقان الكبدى الذى يتعلق بامراض القلب يسير عنه بالكبد القاعى
او الجوزى الطخى وآفات العظام المترال

والترنكو سبيد غير الكثافة تحرق الاحتقان الكبد أكثر من أفات الصمامات
 الشريانية ويحصل الاحتقان الكبد دائما من انكاس كيميا القلبية سواء
 كانت متعلقة بأحابة الصمامات أو الطبقة المضطربة للقلب
 وأما الاحتقان الكبدي المتعلق بأمراض الجهاز التنفسي فيشاهد عادة في
 الانقباض الرئوي والربو وسيرور الرئة وفي النزلات الشعبية المزمنة
 والالتهاب البلوري أو لأسبابها يحصل اتساع الرئة بجدار الصدر في
 اعتماد عظيم

ويشاهد الاحتقان الكبدي في الغالب عند الكحول وعند الرجال والنساء
 سواء تقريبا ويكثر حصوله في الأقاليم الحارة ويقرب خط الاستواء
 (الشرح المرفوع) الاحتقان التواردي فإنه يكون عاما في الكبد فأصله على
 جزء منه ويتصف باحمرار منسوج الكبد باستواء وقوته بالدم بحيث يسيل من
 سطح الشق بقليل زائد

وأما الاحتقان الاحتباسي فيكون عاما للكبد بحيث يتزايد حجمه وقطره للمستعرض
 والمقدم الخلفي وتتورق عظمته وتصبح ملسة وتستدر حافته بمدرات
 كانت عادة وتتمور فوجته جدا بسبب استفاخ حافاتها ويزداد قوام الكبد
 ويحفظ اثر ضغط الأصبع عليه بسبب ارتشاحه الاوزيميا وبالشق
 يسيل منه كثير من السائل المصلي المحمر ويكون سطح الشق في الاستواء
 شبيهًا بجوز الطيب بسبب تلون مركزه العصيصات الكبدية باللون الأحمر
 الناقص وتلون دائرها باللون السفياني وبالبث عنها بالمكرو سكوب بعد ان
 التلون المركزي متعلق بقدر الاوردة الكبدية واحتقانها المفرط وآت التلون
 الدائري متعلق بالخالوا الكبدية التي تنضغط بين الفروع الوعائية ثم تتلاشى
 وتختلف عن احبيبات فيغمانية صفراوية واللورات ايمانية رحيبات شحمة
 وبالنظر لوجود هذه العناصر في الدائر مع خفة درجة الاحتقان فيبالنسبة
 لمركز العصيصات يتغير اختلاف اللون فيها واكتساب الكبد لون جوز الطيب

ومما ائتمن الاحتقان الكبدى وما ياتى به بالغمور الأحمر الذى يتصف بامتواء
الجلود والقصبيات الكبدية واكتساب سطح شققها هيئة لمبيبات وبالمثل
عنها بالميكروسكوب فوجد محققة جدا في المركز والذاثر والمخاربا الكبدية
متلاشية وجعل عليها منسوج ظاهري حديث التكوين قابل للاسكالن بشأ من
انكاشه ضيق الأوعية وضمور الكبد واستحالة السروزية
واحتقان الكبد الاحتباسى لا بد وان يصحبه احتقانات ركودية فليشاء بمحج
الوريد الباب كالاسماء واللمدة وقد الأوعية الباسورية ويحقق الظاهر أيضا
والبكرباس والكلاء والرمق معتدلة احاطة الدورة الى الوريد الأجوف
السفلى

(الاعراض) يستشر المريض بشغل في المراق الايمن نزياد عند الجلوس
والرقاد على الجهة اليمى ويصير مؤلما عند الرقاد على الجهة اليسرى وربما
امتد الألم الى الكتف والذراع الايمن ويعصبه قصر في التنفس بسبب قصر
حركات الحجاب الحاجز وتآلم المريض من الضغط على قسم الكبد وربما يظهر عنده
بعض علامات اليرقان وقد تكون هذه الاعراض خفيفة جدا بحيث لا يشتكى
بها المريض وأول ما يظهر عنده عند الكبد مع بروز حافته السفلى وتضخمها
وتحديه الاضلاع الأخيرة وبالجس فوجد سطح الكبد مستويا ونقره يوجد
احما واصحبه ممتدة بغير اعز مجلسها المعتاد ومن المعلوم ان الاصبعية
الطبيعية تنحدر من اعلا في لخط الشدة بجذاه الحافة السفلى للضلع السادس
ومن اسفل بجذاه قاعدة الصدر ومن الانسية بجذاه الخط الممتد من الشق
الخضرة الى السرة ويلزم اجراء الجس مع القرح لاجل تحديد الكبد بالدقة
واما اذا اعتدت البطن بالارتشاح الزى في تيقن تحديد الكبد فانما كانت
مقدار المسائل قليلا يمكن الوصول اليه باللفح على جدار البطن فجاء بواسطة
الاصابع المضغوطة أو بحجر المريض على ركبتيه لاجل سقوط الكبد على جدار البطن
فيسهل الوصول اليه وعلى كل حال فتح صار استخراج المسائل تنفع حدود الكبد

ويجب استئناز هذه الفقرة لأجل الصلحنة
وأما اليرقان الذي يصيب احتقان الكبد فيتميز بحفنة ورعاً أخضر اللون
للصفر في اللقحة والوجه أو امتد على الجنب ولا يصيب الأطراف الأنادل
وإذا كان الاحتقان متعلقاً بأفة الصمامات القلبية فينضم اللون الزرقاني
إلى اللون المسافر فيه ويكتسب الوجه لوناً أصفر مخضر كالياً يكفي وحده في
الاستدلال على التشنج عند الطبيب للقرن عليه ومع كان الاحتقان بسيطاً
وغير متضاعف يزلزل المسالك الصفراوية فإن البول يحوي على أثر الصفرا
ولا تفقد الصفرا من المواد الثقيلة

وقد يتضاعف احتقان الكبد بالاستسقاء الزرق ولكن لا يشاهد هذا الاستسقاء
عادة إلا إذا وصل الاحتقان إلى دور السيروز وتعدت الدورة الوريدية في
الكبد وأما أعراض النزلة الحدية الحوية كنفق الشهية والغثيان والقيء
والأسهال التي قد تترافق احتقان الكبد فإنها تتعلق بركود
الدورة الناشئة من المرض الأصلي الذي يحدث منه الاحتقان الكبدية والبواسير
والأوزيم والبول الذي لا يفضا تتعلق بالسبب الأصلي
وحايز احتقان الكبد الاحتباسي اختلافاً جوهرياً من وقت إلى وقت آخر بسبب
طبيعة نسيجه الاستفجية

(التشخيص والانداز) يسهل تشخيص الاحتقان الكبدية بالنظر إلى وجود
المرض الأصلي الذي تسبب عنه ركود الدورة الوريدية وعند الكبد الذي
يقع بآليات

وأما الانذار فإنه يؤسس على المرض الأصلي لأن احتقان الكبد لا يتسبب عنه
الموت وإنما يساعد على الخطأ القوي وعلى تقدم الخطر السيئ
(المعالجة) معالجة الاحتقان الكبدية المهمة ينظر فيها إلى السبب فعلى أمراض
القلب والتهن بما يوافق ويجنب الإفراط في الأكل والمشروبات والبهارات
يؤمر بالروضة أو تفعل الحمية البنية عند اللزوم

ولا بطر تخفيف الاحتقان والارتشاحات يمكن. فدل الحمامة المخضية أو إرسال
الدود على المراق الايمن أو الشرج واستعمال السهلات النسيجية كالزوائد والسنا
والصبر والحفظ أو تغطى المياه المعدنية المرة كقولنا ويبر مشدود في أو برسل
للربيع الى المياه المعدنية كقولنا مبروج وكسفن وما ينبار وكلا لسباد وتلاسيب
أو برسل للملحة بالعب أو اللان في أجهزة المضمومة بذلك كمران وبوزن
وبادين وانكس واذ لم تكف هذه الملحة وكان الاستسقاء الزرق مغرطاً
يفعل البذل ويكرر على حسب القزوم

واذا كان الاحتقان قوارديا يطف بالفضيد اللومني ووضع الجليد على قسم
الكبد واعطاه السهلات واذا كان متعلقاً بقصد الكبد أو الواسيوس أو على اللق
على الرم أو الشرج ويفعل حمام قديم ساخن أو خردلي واذا كان الاحتقان
متعلقاً بالمساجم الإجماع يلزم استعمال سلفات ألكينا والزنجير وتغيير
الهواء والمكاث

(المبحث الرابع في التهاب الكبد)

الالتهاب الكبدي الذي نادراً يحصل جدياً ولا يحدث من تأثير البرد كالالتهاب
الربوي مثلاً ودعاً يحصل عقب الإصابات الجسمية كالجروح النافذة والرمز
والالتهاب الكبدي الأكثر حصولاً هو الالتهاب التالي وأنواعه ثلاثة
الاول التهاب الحاد النقي - الثاني التهاب المزمن السيورزي الثالث
الالتهاب الأصفر الضموري الحاد ونشرح هذه الأنواع كل على انفراد فقول

(الاول في التهاب الكبد الحاد النقي • اه التهاب الحويضي)

الالتهاب الذي البسيط لا ينتهي بالتقيح الا في احوال استثنائية والالتهاب
التالي ينتهي عادة بالتقيح لأنه ينشأ عن أسباب عفنة ويكون الالتهاب
التقيحي على نوعين فأنه أحياناً يجمع العديد في بؤرة واحدة أو في عدة
بؤرات متشرة

(الاسباب) الالتهاب النقي المتعدد الحركات له جملة أسباب وهي أولاً

الامتصاص الصديدي الذي يضاعف الآفات المختلفة كالخراج والعمليات الجراحية وآفات العظام النقيصة والجذري وحمل النقص ونحو ذلك وكذا الامتصاص المعفن الذي يشاهد في الالتهاب المعفن للعضاء الباطن للقلب والالتهاب الرئوي اللين الحاد والالتهاب الشعبي للذئق والمزلة بأصابة الكبد هنا هو وصول الميكروبات النقيصة والمغنة بواسطة الدورة الوريدية العامة - تأتي الالتهاب الوريدي الباب وفروعه الكبدي وسدده والتهاب الاحشاء التي ترد منها فروج الوريد الباب كالامعة والمستقيم والمعدة والطحال والبنكرياس والتهاب الاوردة الكبدية او الاوردة السرية التي تحصل عند الاطفال الحاد في الوضع فانه جميع هذه الاسباب تؤثر على الكبد بغير واسطة ويستجيب عنها التهاب جوهري او سدس شمرية بعضها تكون خراجات عديدة قصصية - ثالث الالتهاب للسالك الصفراوي وخصواتها التي تنشأ على منسوج الكبد المجاورة وتوجب حصول تقيحاته للنشرة - رابعا الاكياس الديدانية التي تلتب وتنتج خامسا سرطان الكبد ودرته او سرطان الاحشاء المجاورة كالعدة والاشنة عشرى او تقرحاتها التي تحصل الى الكبد

واما الالتهاب النقيضي الخراجي الوحيد فانه نادر الحصول في الاقاليم المعتدلة ويشاهد عادة في الاقاليم الحارة كالهند والسيخا وجميع افريقيا ويصيب بالاكثر الكحول من الرجال زيادة عن النساء ونسبة لا وهو يتعلق غالبا بالدوسنتاريا ويصيبها او يعقبها وقد يسبقها وقد يشاهد في بعض الأحوال منفردا غير متعلق بالدوسنتاريا وانما يتعلق بالاسباب المحلية التي تحدث الدوسنتاريا اذ يوجد موريشيون وما يزيد الاستعداد لهذا الالتهاب في البلاد الحارة الاقراط في المشروبات الروحية واكل اللحوم ولذلك يصيب الاوربا ودين اكثر من الوطنيين المعتادين على الصناعة الطبيعية وبعضهم نسب اليها اسم الاجامي تاثيرا في الاستعداد للخراج الكبدي (التشريح المرضي) اخراجات المسعدة التي تنشأ من الامتصاص الصديدي

بمسبب الفصيصات الكبدية ويتبدل باحتقانها الايكيموزي وامتلأ الالوية
 بالكرات الحمراء والمبيضات ثم تترشح الفصيصات بالكرات البيضاء وتنشط الخلايا
 الكبدية وتخبث وتفسر وتظهر الكرات القلبية وينشأ من ذلك خراجات دخنية
 تتسع وتتصل بالخراجات المجاورة ويصل حجمها الى قدر الفولة او البندقة وحتى
 امتداد الالتهاب الى فرميات الوريد الباب تنشأ عنه سد تساعد على
 امتداد الالتهاب وتعد خراجاته ونقص خراجات الكبد المهاجرة المذكورة
 خراجات شبيهة بها في الاعشاء المجاورة الأخرى كالرئة والمخ والطحال
 والتهاب فرميات الوريد الباب سواء كان مجردا او فيسج الكبد او بايها الأعضاء
 الاعشاء المجاورة الأخرى كالرئة والمخ والطحال فانه في منشأه ينسب عنه
 نفع من نفع خلوي جنيني يحيط بالاووية على هيئة كم ويفسد جدرانها ويمتد
 الالتهاب الى منسرج الكبد ويعقبه تكون خراجات عديدة بطول الاووية
 المنتهية او ينشأ من التهاب الاووية المذكورة سد ذاتية وسد سياارة
 يعقبها انسداد الفرميات الصغيرة وانفيا الفصيصات الكبدية ثم استحالها
 الى الحالة الجيبية الشحمية ثم يظهر فيها النقيج بسبب وجود الميكروبات
 القلبية

واما التهاب المسالك الصفراوية الذي يعقب انسدادها او حصولها الصفراوية
 فانه ينشأ عنه نفع خلوي جنيني يحيط بها كالمخد وتوكل جدرانها ويمتد
 الالتهاب الى جوف الكبد ويعقب ذلك تكون خراجات عديدة
 وبغيرهم يزعم ان الخلايا الكبدية تساعد على تكون الصديد (عوم) والبعض
 ينفي ذلك (فاج)

والتهاب الايكاس الديدانية تتسبب عنه خراجات صغيرة او كبيرة على حسب
 حجم الايكاس وعددها وسنذكرها فيما بعد مفصلة

واما خراج الكبد الذي يشاهد في البلاد الحارة فانه لا يكون متددا الا في
 احوال استثنائية بل يكون في العادة وحيدا محدودا في احد النصفين خصوصاً

في القعر الايمن ويكون سطحها اوفائرا ويختلف حجمه فيكون في حجم البندقة
أو الجوزة وقد يصل الى حجم رأس الطفل ويصير على مقدار من المصديد يختلف
من بعض جراحات الى أكثر من الآخر ويشغل القعر الكبد في مقامه ويكون مصدرا
الخراج في الغالب حميدا قشليا ومقارن ينكسب داتحة نافذة نرشادية
وقد تكون منتنة ويعبر لونه مسوا محرا شيئا بلون النيد أو المشوك لانا
او يعبر مصفرا او مغضرا بسبب امتزاجه مع الصفرا وقد ينسكب فيه الدم
ويكتب لونه وبالبحث عنه بالميكروسكوب يشاهد فيه كثير من الجسيمات
الاسنة المتزجة بالسائل الفيضي كالمسطح ويوجد معظم الكرات الفيضية منفردة
حييا ونقصه ميكروبات فيضية متعددة وبالبحث عن جدد الخراج الحديث
المكونين توجد متفرجة غير متفلة او متفرقة ومنقطة بالمصديد الذي
يكثف فيها على هيئة القشطة أو الجبن ومقارن من الخراج تشبه جدر
على هيئة محفظة غشائية مبطنة بازدار لحمية ومع الزمن ينكسب المحفظة المذكورة
قرايا صفراويا ويصير للنسوج الكبدية بجوارها باهتاهاشا أو رخا اوف
حالة فتوبه وزداد حجم الكبد جدا حتى انه قد يصير ضعف حجمه الطبيعي
واما اذا انفتح الخراج فان محضه ينصب اما في الظاهر على سطح الجدار أو في
الباطن في تجويف البطن أو التجاويف المصلية الاخرى كالبيود والناوود
او ينسكب في الاعضاء المجوفة كالمعدة والامعاء وحوشي الكلا والشب
أو في الاوعية كالوريد الاجوف والباب وتسبب عن ذلك اعراض وعوارض
شتى مدة الحياة

(الاعراض) ليس من النادر مشاهد خراج الكبد بالمصدفة في جهة شخص
لم يشتك مدة حياته باعراض كبدية وفي مثل هذه الاحوال الكامنة ربما يصل
الخراج الى حجم كبير بالنقل لتكيسه وانزاله عن نسج الكبد لمحفظة شبيهة
فان المريفين ربما يستمر مقاما بظواهر الصحة التامة ولا يسلم بوجود الخراج
الا مع النجس وخروج المصديد في البراز والبول مثلا أو انفتح في الشعب

او على سطح الجدار وقد تكون الاعراض الموضعية مفقودة
وتنصر الاعراض العامة في الاحساس بقب وقشعررة وحركة سمعية خفيفة
تأتي على نوب أو تكتب الاعراض اوصاف الحمى المتقطعة الآحامية بحيث تأتي
على نوب في اوقات معينة ومعوية بالقشعررة والكرازة والحرارة فإذا كان
الحرق مصابا من قبل بالالاريا ومعه استفراخ في الطحال يصير الالتهاب اقوى
وقد تكتب الاعراض اوصاف الحمى التيفودية مع جفاف الفم ونقطة الشفتين
بالقشور وارتفاع الكرازة وفقدان المقولية او الهذيان واستفراخ البطن
وغلو وبقعها الوردية او الزهانة والاسهال وتعدد الطحال
وما عدا هذه الاحوال الاستثنائية فاد الالتهاب الكبدي التقيي يصف
باعراض واضحة وعلامات مخصوصة يفسر المريض بالأم أن اناخس في هذا
الكبد يزداد بالضغط والكرازة والسعال والتقيي ويصعب الاحساس بتوتر
وتقل في المراق الاين حتى ان بعض المرضى يرقد على جنبه الاينز ويتقوس
الى الامام ويبقى غذية على بطنه لاجل استرخاء جدار البطن وتخفيف الضغط
على الكبد ويتشمع الالم عادة نحو الكتف المسامت وربما تكتب في
الكتف حدة اقوى من الالم المراق وربما تشمع نحو الذراع الاينز وقد يحس
به المريض ايضا في الكتف الايسر وهو نادر وبمضغ يزعم ان الالم الكتفي
لا يحصل الا اذا كان الحراج قريبا من السطح الحدي الكبد حيث توتر بحفلة
جليسون بقوة (انجلي)

وقد يصيب الالام الكبدية سعال جاف قصير ينسب الى الفعل المنعكس
ويسمى بالسعال الكبدي او يحصل عسر في التنفس ينسب الى ضغط الزئبق على
حركات الحجاب الحاجز

ثم ان الالام الكبدية المذكورة قد تكون غير معوية بالحمى وانما يشككي
المريض بالتعب وفقد الشهية والغثيان والتقيي والاسهال والاسهال
مع ارق زائد واضطراب في النوم او يصيب الالام الكبدية ارتفاع في

الحرارة ربما تبلغ الدرجة ٥٠ او اعموار تماش وقشعرير ومرق وسحرة في النفيخ
 وتكتسب اللحم سير الى المقطعة او سير حمى الدق فيعجز النفيخ ويصير دقيقا
 رخوا ضميغا ويتقدم الضول ويهت الجلد وتتكون القشعرير وتلك القشعرير
 هنا لانه على حصول التقيح دائما (موريد) وقد يصحبها البرقان ولكنه لا
 يشاهد الا في احوال استثنائية اذ السبب عنه ضغط القناة الصغرى
 واستدادها وكذلك الاستسقاء الرقي لا يحصل الا اذا اضبط الخراج على
 الاوعية المجاورة واعاق سير دورة الموريد الباب والاوردة الكبيرة
 والنجس عن الكبد وبعد ترائدا في اللحم بدرجة مختلفة على حسب مجلس الخراج
 وجمه فترتفع حافته العليا تخفف خافته السفلى وتجذب قسم الكبد
 وتدفع الاضلاع للخارج وتضيق المسافات بينها وتمكن رؤية الخفاض
 وارتفاع المورم مع مركبات التنفس والبرم تكوّن القرح مع الحبس لاجل تحبسه
 الكبد ومن المهم التنبيه الى ان غدد الكبد هنا يصحبه قوت ومقاومة في
 فتحه وعدم انتظام في سطحه اوجاهة ربما تحس به اليد والاعمار لا استطاع
 والبروز للتورق او المتوج في نقطة محدودة لمرهم في الشخصين خصوصا اذا كان
 الألم ايضا متزايدا في هذه النقطة المذكورة وربما سبب من الضغط على الكبد
 ثورلة آلام الكتف والسعال الكبد وقد يسمع في هذه الكبد احتكاك واضح
 ينسب الى التهاب البريتون واحتكاك وريقته مده صعود والخفاض الكبد مع
 الحجاب الحاجز ومن الملاحظات المهمة التي تصحب التهاب الكبد تورق وبروز
 الجزء العلوي من المضلة المستقيمة البطنية العف الذي ينسب لثأثير
 الفعل المنعكس لآلام الكبد وانما هذه الملاحظات لا تلتزم بكون الخراج كما
 زعم بعضهم

ثم ان التقيح في التهاب الكبد يبدأ من اليوم الثامن الى الثاني عشر وقد
 يحصل بدون ثوران الاعراض وبدون حركة حمية فيخرج عنه الخراج الكامن
 او يصحبه شدة في التهاب والاعراض العامة وفي الحالتين لا يكتفى بتشخيصه

الا اذا بلغ حجمه درجة كافية وبرز نحو سطح الكبد وامكن الاحتساب فيه
بالقوة والقوى المضمومين ومتى تكون الخراج فانه اما ان يسقر ثابتا مدة
اسباب او اشهر او انه يميل الى الانفجار في مسافة اسبوعين الى ثلاثة بعد
ظهوره

واذا كان الخراج حليما يتسبب عنه التهاب يهتدون يوجب التعاقد بالجلد
الطبية وبالاختشاء المجاوز ومتى انفجر الخراج قبل حصول الالتصاق
التام ينسكب الصديد في البريتون فيلتهب ويهلك المريض
واما اذا انفجر الخراج بعد الالتصاق التام فانه ربما ينسكب الصديد في
عضو مجوف كالعدة والامعاء او في جوف الكلا ويخرج ذلك الصديد
مع البراز او البول وفي احوال اخرى يؤثر الخراج على الحجاب الحاجز ويثقبه
وينسكب الصديد في البلعور او التامور ويهلك المريض او ينسكب في
الصدر بعد اقام وريق البلعور ويخرج الى الخارج بواسطة الشعب
وقد ينسكب الصديد في الوريد الاجوف السفلي فيهلك المريض سرعة
او ينسكب في الحوصلة للاربية ثم يصل الى الاثنى عشر ويخرج مع البراز
وقد ينفتح الخراج في الجلد بلا واسطة او يسري الصديد في قناة ناسورة
وينفتح في الجلد بعد اعز البورة والسرعة او الاربية او تحت الابط
او بعد اعز ذلك في الاطراف ويسبق انفتاح الخراج في الظاهر احمرار الجلد
وارتشاحه الاوزيماوي ثم يبرز ويرق وينفتح منه الصديد او
يخرج على هيئة سلسول

ومتى انفتح خراج الكبد فاما ان ينهي بالشفاء ويتم ذلك بيلئ زائد
بسبب قدر جدر الخراج وعدم تغايرها واستمرار القيح حتى تملأها
الازوار الحمية وتكون النديبة او يثقب المثانة ناسورة مزمنة
لا نهاية له او يثقب فتح الخراج ويحول الهواء فيجوفه تفسخ جدره
او نثانة الصديد وحصوله الضعف والهزلة من اعراض القيح او يتعرض

المريض لأخطار الامتناع عن الصديد، والتسمم الحفوف
 وإذا لم ينفخ الحراج وكان صغير الحجم فإنه قد يشفى صديداً
 وإذا تكيس الحراج فإن صديده يتكاثر ويصير جيبياً أو ينجح وتعتبر
 هذه الأنتهات شفاية حميدة

(التشخيص) يستدل على خراج الكبد من العلامات التي سبق شرحها في
 الاعراض ومن وجود احد اسبابه المهمة كالدرستاريا ولايلتس بالنها
 البريتوني المحيط بالكبد وبالتهاب مخفظة جليسون لأن الآلام في هذا
 المرض اقوى وأشد لأسباب عند الضغط والتنفس القوي والحركة وقد
 يسمع في حذائه مدة التنفس احتكاكاً شبيه بالاحتكاك البليوراوي
 والتهاب مخفظة جليسون يحدث في الغالب تشوهاً في شكل الكبد بدون
 تزايد في حجمه

وإذا شوهت علامات الحراج وأصبحت يلزم تعيين مجلسه بالدقة لأنه
 ربما كان مجلسه في الجدر البطنية فقط فتكون حاقبته حينئذ سليمة وتقدر
 خراجات جدر البطن بكونها لا تمنع حركات التنفس وإذا كانت متعلقة
 بتسوس الاضلاع والناصور المقوى يعصبها ألم في النقطة المصابة يشتد
 بالضغط عليها

وأما الاكاسر الديرانية المتقيحة فإذا لم يعاينها الطبيب قبل انتهائها ربما
 تلبس بالحراج ولكن بالعث الميكرو سكوبي من مخفطها يستكشف فيها
 اثراً الديران ولا تلبس الحوصلة المرارية المتقيحة بخراج الفص الايمن لأنها
 تكتسب هيئة ورم كثرى متخلم

ولا يلبس خراج الكبد بالالتهاب البليوراوي لأن أهمية حافة الكبد
 العليا تعبر في خراجه غير متقلة ومرتفعة من الأمام أكثر من الخلف
 يسكن الانسكاب البليوراوي

ولا ندر (الانذار في الغالب رديء ما لم يحصل اسفاف للمريض انتفاخ الحراج

نفسه في الأمعاء أو الشعب أو بالسلاح ولا يامن المريض من النكسات
بعد الشفاء ما لم يهاجر من البلاد الحارة
(المعالجة) تختلف المعالجة في ابتداء الالتهاب وبعد التقيح وتكون الحراج
أما في ابتداء الالتهاب فاستعمال عرق الذهب في الهند كان مفيداً كما فادته
في الدوستاريا فيعطى مسحوقاً أو منقوشاً (من ١: ٣: ٥) ولينع القيقب يضاف
إليه الأفيون أو يتعاطى مع المركبات المنقبضية ولاجل تخفيف الألم
تفعل حقنة مورفين تحت الجلد وتوضع الضمادات الدافئة على قسم الكبد
وإذا كان الالتهاب حاداً يرسل الملق على قسم الكبد أو الشرج أو تفعل الحجامة
الجافة

وبعضهم يستعمل الضمادات الدافئة بوضع الجليد في مثانة على قسم الكبد
ويعطى من الزيت الحلو مقداراً مسهلاً من الباطر متى تلطفت الأكتئاب
تستعمل صبغة اليود من الظاهر أو يدلك الجلد بالزهر الزيفقية أو المورية
أو توضع الحرايق لأجل سهولة تحليل الالتهاب وانصرافه
وأما إذا حصل التقيح وتكون الحراج باليقين فتلزم المبادرة في فتحه إما
بالشق أو بالبط أو بالمص ويرجح البط والمص في الحراجات الصغيرة
ويرجح الشق إذا كان الحراج كبيراً وفي هذه الحالة يمكن توسيع فتح الشق
بقطع قطعة من الضلع ويلزم التحقق قبل فتح الحراج من جود الأظلم التام
بين الكبد وجدار البطن كما تلزم مراعاة شروط الظهير ومضادات
العفونة بغاية الدقة

(ثانياً في التهاب الكبد المزمن الخالو في اعسيروز الكبد)

هذا المرض مبرع عنه أيضاً بالالتهاب اليفي ويمس الكبد ولفتلة اسيروز
كلمة يونانية معناها الأصفر وأول من وصفها نهذا الداء هو العالم (لاينك)
وبعضهم استحسن لها لفظة اسكليروز التي تعبر بها اليبس ولكن
لفظة اسيروز هي الأكثر استعمالاً

والسيرة هو التهاب مزمن جلدة النسيج المخاطي بين الغضبيات الكبدية
يتسبب عنه غرق هذا النسيج واستقالته الى حالة ليفية ثم انكماشه وانسحاق
الغضبيات الكبدية بجوارحه ثم تلاشي المنسوج الجوهري للكبد بالكلية
وهذا الالتهاب ليس له استعداد التفتح وينشأ عنه اما غموض الكبد كما
يشاهد في الاسكلروز الصفوري الحبيبي او تضامة الكبد كما يشاهد في
السيرة الصفراوية وغيره

واوضاع السيرة المبهمة هي السيرة الصفورية الحبيبي والسيرة الصفراوية
الصفراوية والسيرة الصفراوية غير الصفراوية ولنشرها على هذا النسق
فقول

(في السيرة الصفورية الحبيبي)

هذا السيرة يسمى بالسيرة الكحولية وسيرة لاينك لأنه أول
من شرحه والسيرة الصفورية المزمن

(الاسباب) اهم اسبابه هو الاضرار في المشروبات الروحية والممارات
القوية المبهجة لفرينات العود الباب وحماضه له التقرح والديابتة
وقد يحصل عقب الحمى التيفودية والدوسنتاريا والكوليرا وقد يكون
الزهرى والدمى والبول السكرى وداء برات وانما هذه الاسباب
في الغالب تحدث السيرة الصفراوية لا الصفورية

والسيرة الكبدية يصيب الرجال أكثر من النساء ويشاهد غالباً بين
سن ٣٠ و ٤٠ وهو نادر عند الأطفال وقد يشاهد في سن الشيخوخة وأكثر
حصوله في جهة الشمال وفي إنجلترا وفي الموالد البحرية وينتشر كثيراً
استعمال المشروبات الروحية في تلك الجهات واما في الهند والبلاد الحارة
فينتشر حصوله كثيراً استعمال الممارات القوية كاللحم المشوي
وقد لا تلم السيرة الكبدية اسباب واضحة وقد يكون ثانوياً بعد ودا حول
الاورام الكبدية كالسرطان والأكياس الديرانية او يكون متعلقباً لاعتقان
الكبد

الكبد والكبد الناشئ من آفات القلب فيمر عنه بالسير والوزن الطبيعي
أو السير والآخر وقد سبق الكلام عليه في احتقان الكبد فليراجع
وقد يتضاعف السير والوزن الصغرى أيضا بالاستحالات الشهوية والشهوية
والغنيانته والمقدية أو السرطانية ويسمى بالسير والمشارك الشهوي
أو الشهوي الذي يذكر

(الشرح المرحوم) يقيز السير والوزن الصغرى بدورين الأول دور التقاد
والاحتقان والثاني دور الانكماش والضمور ولكن لا يتيسر تميز هذين
الدورين في الأكلينك حتى ان بعضهم ينكر الدور الأول بالكلية وأما الدور
الثاني أي دور الضمور فإنه ينصف بعضهم الكبد بقدر النصف أو
الثلاثين وينصف وزن فبعد أن كان وزنه الطبيعي نحو ١٥٠ جم ينقص
إلى أن يبلغ نحو ١٠٠ جم أو ٨٠ أو أقل ويصيب الضمور النصف الأيسر
خصوصا وحافة الكبد فتتشوه جدا وتفقد حدتها الطبيعية
ويتغير لون الكبد فبعد أن كان محمرا يصير مبقعا بنقط مصفرة ويقع
سحابة ويصير سطحه غير مستوي عليه بروزات مصفرة عديدة شبيهة
برؤوس المسامير وقد تصل إلى حجم الفؤولة أو السدرة أو أكثر ويكون
الربتون للسطح مبيضا صديقا خبيبا بالعرقاق وملتصقا بالاحشاء
الجاورة كالعدة والقولون أو يكون خليا منتحنا أو يابوا ومفصلا بالكل
مصل ويكون حفظة جليسون أيضا ملتصقة معقمة وسنمكة وملتصقة جدا
بسيج الكبد ولا يشاهد في الحوصلة المرارية الا قليل من الصفرا
الباهتة كاللبن

ويكتب سيج الكبد قواما متينا يقاوم ضغط الأصابع ولا يؤثر فيه
الظفر إلا بصعوبة ويأثر تحت المشرط كسج الأوتار أو الغضاريف
ويكون سطح الشق مستويا بسبب بروز القصيصات الكبدية المنتفخة
فيه على هيئة حبوب مصفرة في حجم رأس الدبوس أو الحبة أو البندقة

وتكون النسيج الخلوي حوله ناعما إسفانيا وينيب اللون المصفر هنا
 إلى استحالة الخلايا الكبدية إلى الحالة الشحمية وتلون بها بالمادة الملونة
 للصفر وهو السبب في تسمية هذا اللزج بالسيروز الجيبي
 وبالتأمل في نسيج الكبد يرى بالعين العارية تكاثر النسيج الخلوي حول
 الفصيصات الكبدية على هيئة شبكة لونها إسفاني باهت تبرز قليلا على سطح
 الشق وتوجد الفصيصات الكبدية مفقودة في بعض النقاط ومستعرضة
 بالنسيج الخلوي المذكور

وبالحض عن تقدم هذه الآفات بواسطة الميكروسكوب يوجد النسيج الخلوي
 مرتشحا بكرات جنينية بجوار فريعات الوريد الباب وبعضها التهاب هذه
 الاوردة الظاهري والباطني ثم تكاثر الكرات الجنينية وتسطيل وتكون
 فيها نواة قصير مغزلية أوليفية الشكل تحيط بالفصيصات الكبدية على هيئة
 حوية وهذا هو السبب في تسمية الصغور الجيبي أيضا بالصغور الخلقي
 ثم ينشأ من هذه الحوية غيوط تمتد وتنفذ في نفس الفصيصات ثم إن هذا
 النسيج الخلوي الحديث التكوين يكتسب ويخفق الفصيصات ويضغط على
 فريعات الوريد الباب فيسدّها ويتضاعف بالسد الذائبة والسيارة
 فيقع ورود الدم إلى الخلايا الكبدية التي تلاشى وتتحلل إلى الحالة الشحمية
 وتترشح بالمادة الملونة للصفر ولا يبقى في منتهى الأمر إلا الفصيصات
 الكبدية المعيبة وحيث إذا ارتشاح الخلوي ينبت من دائرة الفصيصات
 إلى مركزها فيستقر مركز الفصيص محملا مدة بعد فساد الدائر وتلون باللون
 المصفر وما يسا على استحالة الخلايا الكبدية إلى الحالة الشحمية تأثير
 الذي الكحول هو السبب المهم في حصول السيروز عند الذين على الخمر

وما ثبت انسداد فريعات الوريد الباب في السيروز هو فعل الحقن الصناعي
 فزرى أن مواد الحقن لا تنفذ في فريعات الوريد الباب ولكنها تنفذ في
 فريعات الشريان الكبدي وتسقر في الاوردة الكبدية متى امتنت دورة
 الوريد

الوريد الباب في الكبد تغو فرميات الدورة الجانية وتوضها وسنجد الكلام
على شرح الدورة الجانية المذكورة عند ذكر الاعراض
وقد تتكون فرميات وعائية عديدة توصل الشريان الكبدي بفرميات الوريد
الباب التي لم يتم انسدادها (فرميكس) ومنه تقدم الغمور الكبدي الى
درجة كبيرة تصاب فرميات الشريان الكبدي والاوردة الكبدي ايضا
وتضيق بدرجة مختلفة

وأما المسالك الصفراوية فاتها لاتصاب الا بدرجة جزئية في الغمور السريوزي
ولذا لا تعطل اعاقه مهمة في سير الصفرا ولا يظهر اليرقان الا بدرجة
خفيفة

وقد يتضاعف الغمور السريوزي بالاستحالة الشمية أو بالسحاطات
وأما تضاعفه بالإيكاس الديدانية والحلجات فلا يشاهد الا في احوال
استثنائية

وينشأ من انسداد فرميات الوريد الباب اعاقه الدورة في مجموع وركود
الدم في الاحشاء التي ترد منها فروعه كالمعدة والامعاء والطحال
والبريتون ويتسبب من ذلك احتقان ودوالي هذه الاعشاء وفوازلهما
وايكبوزاتها والارتشاحات للمصلية والبريتون ويكون المري في الغالب
ايضا مصابا بالدوالي في نصفه السفلي وكثيرا ما تنشأ عن ذلك انزفة
خطرة

وبالبحث عن الكلا توجد في الغالب معتقنه او ملتتهية او ضاعف ولا
تتسبب آفات الكلا هنا الى تأثير الكوئل لان غمور الكلا يشاهد
في السريوزي الاصغر اكثر منه في السريوزي الضموري بخلاف ما كانت
والحال ان الكوئل لا يدخله في حصول هذا المرض الاخير

وبالبحث عن القلب يوجد مصابا بالاستحالة الشمية واعتشية المصلية
ملتتهية وقد يصحب ذلك انسكابات مصلية في التامود والبيورا

وأما الرئة فأنها تصاب غالباً بالالتهاب الاوزيمياوي أو بالتدريز ويصحب ذلك نوازله شعبية عامة
 (الاعراض) اعراض السيروز الغموري تكون ابتداء غير واضحة وتشبه
 اعراض التربة الحديدية المموية فيشتكي المريض بفقد الشهية ويتغشى
 اللسان بطبقة وسخة ويعصب عنده تحش وامساك أو اسهال ويتنفخ
 المعدة ويحس بثقل في قسم الكبد وقد تحصل عنده انزفة مختلفة في
 اول الأمر كالرعاف والقيء أو العاز الدموي وحيث ان هذه الاعراض
 تعصب الادمان على الكبد ايضا فربما يقل اعتبارها الى ان تظهر الاعراض
 المميزة للسيروز التي تنوع حجم الكبد وانتفاخ الطحال والاستسقاء
 الزرق واوزيما الاطراف والخافة العامة وجفاف الجلد وتلون لون
 تراك

أما الكبد فإنه يتدور قليلا في الابتداء ثم يصغر حجمه لاسما في هذا الموضع
 الاليسر فتقل اصبته وتستعوض برناينة واضحة وإذا كان الشخص خفيفا
 يفتقر بين وزات سطح الكبد واستدارة وعدم انتظام حافته السفلى
 ولايسهل تمييز مضمود الكبد اذا كانت البطن ممتدة بالمغازات أو
 بالاستسقاء الزرق ولكن متى صار استغراق السائل المصلي واسترخاء
 جدر البطن يتعين حجم الكبد بسهولة وإذا كان مقدار السائل غير مغرط
 يمكن الوصول الى الكبد متى جثى المريض على ركبتيه وذراعيه أو رقد
 على جنبه الاليسر ليبرز السائل بعيدا عن سطح الكبد فيحس بسطح وجافة
 السفلى وبروزاتها وعدم انتظامها

وأما الطحال فإن حجمه يتزايد في نصف الأحوال تقريبا (فربما يكون وريما
 بلج حجمه نحو ٦ مرات فوق المعتاد بحيث تفصل حافته المقدمة
 الى قرب السرة وقد يكون ضاملا
 فاما الاستسقاء الزرق فإنه يكون في الابتداء غير مصحوب باوزيما الاطراف

ر هو علامة في التشخيص وينشأ من عاقلة دورة الوريد الباب وقد يصل
مقدار السائل فيه الى بعض لترات ويكون في المادة رائحة طوبى الكبريت او
صفراوية او حمراء مدمما ووزنه النوعى ما بين ١.١٠ و ١.١٥ ويحتوى على الوريد
وبعض من السكر والبولان والموسين

واما بقية الاعراض فانها اقل اهمية بالنسبة للاعراض المذكورة آنفا
ولكنها مهمة في الاكلينيك كجفاف الجلد ولونه الترابي والمصفر خفيفا ولين
المخاطة القليل الاصفرار وتقدم النحول واسترخاء العضلات وضخورها
واوزع الاطراف التي تحصل من ضعف الجسم وعاقلة الدورة الوريدية بسبب
ضيق السائل الزرق على الاوعية في البطن وبالتأمل في جدار البطن
توجد اوجعها متقدمة دوائية وينبئ تمددها لحصول الدورة الجانبية
التي توصل دم الوريد الباب للخصى في اكيد الى القلب

ومن المهم بيان سير الدورة الجانبية المذكورة وهى ان اكيد يقبل اوردة
صغيرة خلاف الوريد الباب تأتى من الاعضاء والجدر البطني وغيرها تنضم
مع بعضها وتسمى في انجاب الحاجر والرباط المعلق لأكيد وتصب في جوف الوريد
الباب وتنضم مدة سيرها في انجاب الحاجر مع الاوردة الجارية للصدر وتسمى
عقدت فانها توصل دم الوريد الباب الى الاوردة الصدرية المذكورة والاوردة
السرية العليا من جهة اخرى تنضم دم جدر البطن المقدمة وتصب في
الوريد الباب وتنضم في منشأها مع الاوردة الشراييفية العليا والشريية
مع اوردة جدر البطن وتسمى عقدت فانها توصل دم الوريد الباب الى الاوعية
الجانبية المذكورة وخلاف ذلك فان اوردة المعدة تنضم مع اوردة
الحوي والاوردة الباسورية تنضم مع اوردة القسم الطاف واذا عقدت تساعد
على حصول الدورة الجانبية وتزد على ذلك التغيرات العارضة التي قد تحصل
مثل تجمعات اوردة الطحال مع الازيغوس (ورشو) والتغيرات التي تنشأ
من التصاق اكيد بالجابج جدر البطن (فوريكيس)

ومث استقرت اعاقه دورة الوريد الباب في الكبد يندفع بعض الدم في اوردة
الحجاب الحاجز ويجه الى الاوردة الشدية وبين الاضلاع التقصبه والوريد
الحرقفي والعصافق

وبالنظر لهذا الاستعداد يرى ان سير الدم في الدورة الجانبية يجه من اعل الى اسفل
في الجدار البطنية ولذلك يعبر بطيئا وتتمدد الاوردة وتبصر متمرجة واضعة خروجا
حول السرة والزائدة الخضرية والمعدة والجهة اليمنى وقد يحصل بحركة ارتعاش
محصورة ويسمع فيها نفخ واضح خفيف ومث تمت الدورة الجانبية رباعيا ثم ظهور
الاستسقا او يكون قليل المقدار وانما تحصل اعاقه في دورة الوريد العصافق
وهذا مما يساعد على ارتشاح الاطراف

هذه وفي بعض الاحوال لا يشاهد تمدد اوردة الجدار البطنية في السيرور الضفيري
والاقاعدة لمعاودة الدورة الجانبية مع الاستسقا الزرق ولا يعلم لذلك تفسير
كاف وفي احوال اخرى يشاهد تمدد الاوردة بسبب ان مجموع الوريد الباب كتمدد
اوردة الكبد وظهور الاكنا الوريدية كما تشاهد عند الفرفان والحمى وحصول
الانزفة والبقع الفورفوروية في الجلد في حال مختلفة من الجسم

واحتقان اوردة مجموع الوريد الباب يتسبب عنه ركود الدم في الجدار الهضمي
واحتقان احشائه وفوازله وحصول الانكبيوزات والانزفة المديدة في
الششاء الخاطي للمعدة والامعاء وتتفتح اعراض هذه المضاعفات كلما تقدم
السيرور الضفيري فيشتكى المريض بالاعطش الزائد ويتغلى اللسان بطبقة
مبيضة او مصفرة او سمرية ويحصل عنه فواق وتجشئ اوقية وتتفتح بطنه
بالغازات وتتمدد بالانسكابات المصلية التي تغش على الجدار الحلق وتسبق
التفقس ويحصل في الغالب امساك وفي النادر اسهال ومن المشاهدات
الاورام الباسورية نادرة هنا بعكس ما كان يحصل بالنظر لاضطراب الدورة
ويقل افراز البول ويصير مركزا ويقلو بكثير من البوليين وقليل من المواد الملوثة
للاضواء ويحتوي في الشاب على الزلال ويندر وجود السكر فيه (ايشورست)

واما

وأما اليرقان الحقيقي فلا يشاهد في السيرورز الفموري (السيرورز والمدة والانتفاء) سير السيرورز الفموري بطيئاً فيرجى تمتد مدته من سنة إلى ثلاث سنين أو أكثر وانتهائه بالموت إما من تقدم الضعف والخفاة والكاثيكيا أو من حصول الفمور الأصفر الحاد أو من الكاثيكيا المريع عاجلاً بأحد المضاعفات كالاسهال والتزيف وأكثر الانزفة حصولاً هو التزيف المعدي والمعي والمري والرحماف والتزيف البلوراي والثوي وغيرها أو يحصل الموت عقب التهاب الرئتين أو إصابة القلب ومخاطماته وليس من النادر حصول الدرن البريتوني أو الرئوي ومن للمضاعفات الممثلة للموت الامبات الدماغية التي تتسبب عنها الكوما والسبات أو الهذيان والتشنج ولا يصح لهذه الاعراض الخفية تفسير كاف فبعضهم ينسبها لتسمم الصفراوي والبعض ينسبها لفساد الخلايا الكبدية الذي يشبه فسادها في الفمور الأصفر الحاد والبعض ينسبها لتكاثر الكولسترول في الدم (فلنت) وأكثر هذه الاعراض حصولاً في السيرورز الصفراوي الآخر شرحه قريباً

(التشخيص) ليس من السهل تمييز السيرورز الفموري في مبدئه ويستدل عليه إذا كان المريض مدناً على الخرج وحصل عنده عتد في الكبد ثم ضمور معوي بانتفاخ الطحال وتعدد أوردة البطن وانسكاب زرق ولا يشاهد فمور الكبد بدرجة واضحة إلا بعد ابتداء المرض ببعض أسابيع وإذا حضر المريض ومعه الاستسقاء الزرق بدرجة تمنع الاحساس بالكبد فلا يتيسر تشخيص فمور الكبد إلا بعد البتة

ثم أن التهاب البريتون الدرني المزمن له بعض أعراض تشبه السيرورز الفموري كاضطراب أجهزة الهضم والخلل التقدم وانتفاخ البطن والاستسقاء الزرق ولكن الانسكاب الزرق في درن البريتون قليل المقدار وأوردة جدر البطن فيه أقل وضوحاً ولا تصعب النزفة ولا علامات يرقان ولا يلاحظ الطحال وفيه من ذلك ما درن البريتون يصعب عادة درن الرئة

واما سرطان البريتون فانه وان كان يعصبه الاستسقاء الزرق وتقدد اوردة
 جدر البطن الا ان هذه الاعراض تكون فيه اقل وضوحا منها في السيروز
 الغصوري وبالجسد بما يحس بالورم السرطاني وتبين عقدو وسطحه الغير
 المنتظم وبالبذل يوجد السائل الزرق في العالب محملا مدما
 ولا يتغير القطة والبراز الدوم الذي يصاحب السيروز الغصوري في ابتدائه
 وادواره بتقرحات المعدة والامعاء او سرطانها ولا تلتس اوزيما الاطراف
 السفلى التي قد تصاحب السيروز بالاوزيما المتعلقة بأمرض القلب وتبين
 الاستسقاء الزرق المتعلق بالسيروز الغصوري من الاستسقاء الناشئ من
 اسباب اخرى كالتهاب الوريد الباب وانسدله الذي يتميز بأعراضه الخاصة
 وسهته سيرة

ومن الغرور ايضا تميز السيروز الغصوري الكئولي عن السيروز الجوزي
 الطيب المتعلق بأمرض القلب والكلا من الغرور البسيط الكبد وهو مرض
 نادر ويشاهد عند الشيخوخة عادة لاسيما اذا قاسى الشخص الجمع مدة كافية
 سرطان المري والمعدة وغرور الكبد البسيط لا يعصبه والعادة انسكاب
 والامراض اخرى

(الانذار) السيروز الغصوري مرض خطير لانه يتقدم بالتدريج عادة ولا
 يتيسر إيقافه لاسيما وان اغلب المرضى لا يحضرون لاستشارة الطبيب الا اذا
 وصل المرض الى درجة قوبح المملحة العرضية فقط

(المعالجة) من الدم في ابتداء المرض منع السبب كالنثروبات والبهارات
 واستعمال الاغذية السهلة الهضم كاللبن والامراق واللحم النعير
 والخضراوات والفاكهة المطبوخة كالتفاح لانه يترشح انتفاخ الامعاء بالغازات
 واما المملحة الدوائية فانها مشتملة على ارسال الحلق أو الحمامة في ابتداء المرض
 ثم بعد ذلك تستعمل المحولات كصبغة اليود والحرق والكي القلطي ويستعمل
 من اقباطن عود البوتاسيوم والقلويات وقد تستعمل الأدوية الموحية
 عند

عند الزوم ومتحصل الاستسقاء الزرق وكثر مقدار الانسكاب المصلى
يفعل البذل ويتكرر بحسب الزوم

« في السيروز الغضاي الصفراوى »

(الاسباب) السيروز الغضاي الصفراوى يعقب التهاب المسالك الصفراوية
ويشاهد عادة في سن الكهولة ولا يحدث من الافراط في المشروبات الا
في احوال استثنائية

(الشرح المرضي) يتميز السيروز الغضاي الصفراوى بزيادة حجم الكبد الذي
قد يصل الى الحوض الصغير ويبلغ في الوزن نحو ١٠٠٠ جم (هيلتون فاج) بدون
تغير في شكله ولا تنوع في حافته السفلى التي تسفر مستقيمة حادة ويسبق
سطحه ايضا ألمس واذا تكونت فيه برورات تكون صغيرة ولا تقبل الى
حجم الحصى ويعصبه التهاب مخفظة جليسون والتهاب الغشاء البريتوني
فوق الكبد فيصير سميكاً ويلتصق بالأعضاء المجاورة ويزداد قوام الكبد
نوعاً ولكنه لا يتر تحت المشرط ويصير لون الكبد مصفراً غامقاً أو مخضرراً
زيتونياً ويقو المنسوج الخلوي بين الفصيصات ويحيط بها غليظة عوية

وبالحج عن المنسوج الخلوي الحديث التكوين بواسطة الميكروسكوب
يوجد ملائماً للقنوات الصفراوية وتوجد القنوات المذكورة مصابة
بالالتهاب في ظاهرها وباطنها وتوجد متددة ومتفرجة خصوصاً في حذاء
دائر الفصيصات ثم تتزايد عمق المنسوج الخلوي تمتد وينفذ في الخلايا
الكبدية حتى يصل الى مركزها ويصلح الخلايا الكبدية وانما لا يفسدها
الدرجة خفيفة ولا تفسيها الاستسقاء الشديدة الا بدرجة جزئية حتى
وان بعض الخلايا المذكورة يكبر حجمه ويظهر كأنه ضم

ثم ان النسيج الخلوي الحديث التكوين هنا لا يتكسر كالنسيج الخلوي في السيروز
الصفراوي بل يسبق كشيئاً شبيهاً بالارتشاح الخلوي في داء الفيل
(أكبرها)

وحيث ان الاصابة في السيرور الضخامى الصفراوى تنحصر في القنوات الصفراوية دون فريعات الوريد الباب فهذا يفسر لنا ظهور اليرقان في هذا المرض وعدم حصول الاحتقانات والاكتموزات والارتشاحات للمعدة التي تشاهد في السيرور المزموى وأما الطحال فإنه يكتسب في السيرور الضخامى الصفراوى حجما كبيرا جدا بحيث ان وزنه يبلغ نحو ٥٠ جم وهو فوق ذلك وينتفخ ضخامة الطحال هنا لتأثير السبب المرضى على الكبد والطحال في آن واحد

(الاعراض) السيرور الضخامى الصفراوى يتميز بزيادة حجم الكبد بحيث ان حافته السفلى ربما تصل الى الحوض الصغير وتقل حافته العليا بقرب حمة الشرة وينشأ من ضغطه على الاضلاع تحديها و بروز قاعدة المرء ولا يحس ببروزات على سطحه ولا تغير شكله ومخططة الكبد المذكورة يصعبها يرقان واضح وبالمج درجة التشم الصفراوى ويستفخ الطحال أيضا بدرجة مفرطة وربما تقابل الطحال مع الكبد بقرب السرة ولا يشاهد عندئذ اوجعية جدار البطن ولا الاستسقاء الزرق في السيرور الضخامى الصفراوى وإنما يشتكى المريض باضطراب الهضم ويصاب غالبا بالاسهال وتكون المواد البرازية تارة متلونة بالصفراء وتارة فاقدة للونها وسير السيرور الضخامى الصفراوى بطيء زيادة عن بدء سير السيرور المزموى وقد تستطيل مدته من ٦٥ سنةن وتضمف قوى المريض بالتدريج في هذه المدة وينتفخ الخول عندئذ حتى يصل الى درجة الكاكتيكسا المؤدية الى موت المريض اذ لم يهلك قبلها بسبب المضاعفات كالانزفة والاعراض الدماغية كالكموم والذهيان والحمى واليرقان الخبيث للماد (التشخيص) يتيسر التشخيص في الابتداء ويستدل عليه بضخامة الكبد المحصورة باليرقان وضخامة الطحال وقد يلتبس في الابتداء باليرقات الزرق والمض الكبدية المصحوب باليرقان المتضاعفين بقدر الكبد وإنما احتباس

احتياض الصفراء وفقد لون المواد البرازية المستمرة يشاهد عادة في هذين
 المرضين دون السيروز ولا تعصبها خضامة الطحال
 ويمتيز السرطان الكبدى بعدم استواء سطح الكبد وعدم اضطراب اليرقان
 ولا خضامة الطحال وهما قريب تظهر علامات الكاشيكسيا السرطانية
 وأما الأكياس اليرقانوية فلا يعصبها تيبس الكبد ولا عود الطحال ولا
 اليرقان وفي الأحوال المنبهة يدل لنا البذل الاستقصاء على الحقيقة
 وفي اللوسيميا لا يعصب خضامة الكبد والطحال يرقان والبث للسكرى
 للدم يميز التشنج ويعصب خضامة الكبد والطحال في التسمم الآجاي
 أعراض الحمى المتقطعة والمعالجة بسلفات الكينا في الأحوال المنبهة تساعد
 على معرفة الحقيقة

وأما الكبد النشوى فيقتز باعتبار أسباب المرضية المضعفة العامة كالقيح
 الغزير وأما خضامة الكبد في البول السكرى فيعصبها في الغالب طوبى
 الجلد بلون برزخى ووجود السكر في البول يدلنا على التشخيص وخضامة
 الكبد الزهرية لا يعصبها يرقان وبالبث عن الحسم بوجده أثر الزهرى
 والمعالجة النوعية تساعد على تشخيصه وأما الكبدى الشحوى فنستكم
 عليه قريبا

(المعالجة) معالجة السيروز الغضائى الصفراوى تستعمل استعمل للمسهلات
 والمدرات ضد اليرقان وتستعمل المحللات على الجلد والقلويات من الباقى
 والمياه المعدنية القلوية كماء فيشى وكارلسباد وتاراسب والمقويات
 الحارة والاستحمام بالماء البارد فأنها كلها وسائل علاجية مهمة في
 هذا المرض وتوفر بالتدواء اللبغى والأوراق أو الأفيونية الخفيفة بحسب
 حالة القناة الهضمية

(في السيروز الغضائى الغير الصفراوى)

توجد أنواع أخرى مصحوبة باليرقان أو غير مصحوبة به يمكن حصرها فيما هو

أنت وذلك خلاف السيرورز الغضاض الصفراوي الذي سبق شرحه وأما ضخامة
الكبد البسيطة الغير السيرورزية فإنها نادرة جدا وأكثر أصابتها الأطفال
المفترطين في غرب البيرا وقد تكون ناجية للديابيطس السكري ولا حاجة لطول
السلام عليها

(أو لا السيرورز النحوي) هذا السيرورز يتميز بضخامة الكبد وارتشاحه بالمادة
الشحمية وحدها أو معصية بالارتشاح الطلوي في أن واحد أو أن يكون
الشم فيه وافر بالنسبة للمنسوج الطلوي ويكون سطح الكبد فيه أملس
سحابيا باهتا وبسته يوجد ملمسه نساوي فيماته الوعائية والصفراوية سامة
وبالبحث عنه بالميكروسكوب توجد الخلايا الكبدية مستقيمة إلى الحالة الشحمية
ومحاطة بالمنسوج الطلوي الحديث التكوين

ويشاهد السيرورز النحوي عند المفترطين في المشروبات الكحولية ويكون متعلقا
بتدرج الكبد وتكون أعراضه في الأبداء غير واضحة وبها الكبد بالتدريج
ويصير مؤلما تحت الضغط ويصعب اضطراب في الهضم بدون استسقاء
ز في أو يكون الانسحاب المعلي خفيفا جدا ويكتسب الجلد واللحم لونا
ترابيا مصفرا قليلا ويكون في النادر يرقانيا واضحا مع تلون البول بالمادة
الصفراوية ويجعل عند بعض المرضى اضطراب في القلب وعسر في التنفس وازدياد
في الأطراف ويصعب ذلك تحول كما شكى فؤدي إلى الهلاك أو يموت المريع
بالحمى والأمراض الدماغية أو بالانزفة أو بالترقان للحيث

(ثانيا السيرورز الإحامي) هذا السيرورز ينشأ من التسمم الإحامي ويهتيز بارتشاح
المنسوج الطلوي الحديث التكوين بمادة صفراء ندية سودا ويتسبب عنه ظهور
الكبد أو ضخامته بحسب الأحوال وأعراضه مشتركة بين أعراض السيرورز
الغضاض والصفراوي وليس فيها علامة خاصة غير أنها تحسن عادة بدرجة
واضحة وذلك باستعمال سلفات الكينا

(ثالثا السيرورز النحوي) هذا السيرورز إما أن يكون نشويا صرفا أو
نشويا

٥٩٣
 أو نشويادنيا أو زهرياً وتسبب عنه ضخامة الكبد أو ضخمورة وسند ذكر
 قويا بالتفصيل
 (رابعا السيروز السكري) هذا السيروز يعصب البول السكري ويتسبب عنه
 ضخامة الكبد أو ضخمورة مع تيسر نجيح وتقيبه وتلوونه بلونه محمرا كن
 بسبب ارتشاحه بمادة فيمائية تستولى بالأكثر على النسيج الخلوي بين
 الفصيصات وتنتشر هذه المادة السوداء أيضا في الجدار وتكسبه
 لونها برنزييا

(خامسا السيروز الزهري) يصاب الكبد هنا بالأورام الصغيفة أو
 الارتشاحات الزهرية التي تكون منتشرة فيه على هيئة جزائر متصلة
 وينشأ عنها عدد الكبد بدرجة زائدة وقد يعصبه عدد الطحال أيضا
 وأعراضه غير واضحة فيشكى المريض باضطراب الهضم والإسهال
 وسحق يتعب في المراق الإيمن ويحس الكبد يوجد سطحه غير
 مستوي ولا يعصبه انسكاب مصلى ستهون أو يعصبه ولكن بدرجة تخفيفه
 ولا يعصبه يرقان إلا في أحوال استثنائية ويكون البول في الغالب
 زلاليا ويعصب السيروز الزهري آفات زهرية أخرى في الجسم واستعمال
 المعالجة النوعية تحسن الأعراض جدا أو تبرا إذا كانت حديثة
 (ثالثا في التهاب الكبد الأصفر الصغرى الحاد)

هذا الالتهاب يتصف بسيرة الحاد وفساد الخلايا الكبدية بسرعة
 واستحالتها الشحمية وبقصور الكبد وتلاشى منسوجه وهو يتعلق
 غالباً بسبب ميكروبي عفني وأنالم يتيسر إلى الآن تعيينه وأثباته
 ولذلك يعتبره المؤلفون آفة موضعية وتنسب الأعراض العامة للصابة
 له إلى التسمم بالصفر وتنسب الأعراض الدماخية فيه إلى التسمم باللوسين
 والسيروزين المختصين من تحليل منسوج الكبد أو من علم ناكسد
 الألومين بدرجة كافية

(الاسباب) هذا المرض نادر جدا حتى ان معظم الاطباء لا يشاهدونه مدة حياته وهو اما ان يكون اصليا أو تابعا لمرض موضعي في الكبد أو عام والذاني يصيب النساء أكثر من الرجال من سن ٤٥ : ٦٠ سنة ويسند حصوله للأطفال والشيوخ ويصيب المرأة لما مل غالبا خصوصا في أشهر الحمل الأخيرة ومن اسبابه ألمهمة الانفعالات النفسية القوية والافراط في المشروبات الروحية وقد لا يعلم لظهوره سبب واضح وبعضهم يزعم انه قد ينشأ من التسمم بالفضفور ولكن المشاهدات لا تثبت ذلك لأن أفات التسمم بالفضفور مغايرة لهذا المرض

وأما الضفور الأصفر الحاد التابى لأمراض الكبد فإنه يتميز غالبا بكونه محدودا على الجزء للعصاب من الكبد فلا يعم جميعه (فريزكس) والأمراض العامة المهيئة له أهمها الأمراض المزمنة كالحصى التقيونية والراجعة والاستسقاء الحديدي والتسمم للمغن

(التشريح المرضي) يتصف الكبد في الضفور الأصفر الحاد بصغر حجمه وشحونه مسنوجة وتلون في الابتداء بلون مصفر وفي الانتهاء بلون كحمر داكن وقد يصل صفر الكبد في ضفوره الى قدر الربع أو النصف أو الثلث من حجمه الطبيعي ويصيب سمكه عادة ولذلك يترك الكبد ويتبسط على شكل الفطير وقد يقل وزنه الى ٦٠ جم أو أقل وينزوح قريبا من الحجاب الحاجز ويتغطى بالامعاء وتكثر مشحظة جليسون وكذا البريتون فوقها بدون اتئابها ويصعب الضفور استعراض جوف الكبد بحيث يمكن ثنته ولكنه يكون واقعا قوية بحيث لا يؤثر فيه الفطير ولا يتفرق وبشقة المشط يوجد مسنوجة متلاشيا ويكون لونه مصفرا كالقزوين أو الرافند وقد يكون غامقا في بعض الحالات واسم مجرى دأكتا في عماله أخرى واصفرار اللون يدل على الدور الأول من الضفور قبل تمام فساد الحاد وحواجزها وأما اللون الأحمر الداكن فإنه يدل على الدور الثاني (زينكر) وتكون

وتكون النقط المصفرة بارزة لونها ونسجها أقل مقاومة من النقط الحمراء
التي تكون هابطة وقوامها متينا كالجلد ويكون الغض اليسار عموما في الغالب
متلونا باللون الأحمر الداكن مع كون الغض اليمين لم يزد مصفرا وقد
يكون اللونان منتشرين في الكبد على هيئة بقع وسواء كان النسيج مصفرا
أو حمرا فإن أوعيته تكون مسننة فلا يمكن حقنها بالصراصة وهي والقنوات
المصفراوية يستلوان إلى الحالة الشحمية (بولكس)

وبالبحث عن هذه الآفات بالميكروسكوب توجد الخلايا الكبدية والنقط
المصفرة مضوبة بالاستحالة الشحمية ومحتوية على بعض البلورات من البيرولين
والتيروزين والاستحالة الشحمية المذكورة تصيب أولا دائرة انطالية
ثم تقبل إلى مركزها ثم تمتص البقايا الشحمية والبلورات في النقط
الحمراء التي تكون من مسوح حديد واستكثف بعضهم في النقط المصبوبة
بعض البكتيريا والكوكس

وبالبحث عن الحوصلة المرارية توجد فارغة أو محتوية على سائل غاطي
مصفرا قليلا أو مخفوض

وبالبحث عن الأعضاء الأخرى يوجد أغلبها مصفرا اللون ومصابا بالاستحالة
الشحمية ومحتويا على بقع أبيضوية ويوجد الغشاء الغاطي للمعدة مصابا
بالتهاب نزلي والبليوسا والتاموسه عتق بين على انسكاب مصل والزئبق
والخ في حالة التهاب اوزيماوي وتوجد الكلا مصابة بالالتهاب وتلويها
بشدة القنوات البولية جيبية أو شحمية وقنواتها محتوية على البوسين
والتيروزين (موركيون) والعقد النفاوية متفحمة والطحال متضخم وخوا
وأما الدم فيكون سوادا صرفا كالتفراش ومحتويا على كثير من البولين
والتيروزين (فريكينس)

(الأعراض) قد يبتدئ المرض بأعراض الزئبق كضعف الشهية والقيئان
والقيء والقيء والتعب العام والامساك أو عدم انتظام التبرز وتألم

البطن والمراق اللين ثم بعد مضي بعض ايام او بعض اسابيع يشتد اليرقان
وتظهر الاعراض الأخرى وفي الغالب يبتدىء المرح من أول الأضراس باليرقان
الشديد وقصبة اعراض عصبية قوية فتفقد المحسوسات ويحصل الهذيان
والعروية والتقلصات المتعصبة ثم السبات والكمها وتزداد الحيرة ولا
تتأثر من الضوء الا ببطئ ويتعسر التنفس ويهلك المريض في حالة هبوط
والخفاط

وبالبحث عن قسم الكبد توجد الاضية متناقصة ويمكن تتبع تناقصها وتقدم
بدرجات واضحة في كل يوم ويبتدىء الضور بالعضد الأيسر ثم بالحقة السفلى
للكبد من اسفل الى اعلى وبعد ان يبقى من الاضية شريط رفيع (بالمنظر) ويبقى
ويبقى قسم الكبد هنا والهاينة التامة لا تدل على تلاشي الكبد
لأنه يزود بقرب الصعود الفكري وتحل الامعاء محله خلف قاع حدة
المعده ويصعب الضور ألم مرأته في قسم الكبد يشور بالضغط عليه
ويوجب المريض للانين والصرانح ولو كان فاقدا للمحسوسات
وبالبحث عن الطحال يوجد مصابا بالضمامة في اغلب الأحوال ويكون
الجلد متلوها باليرقان ولكن لا توجد نسبة ثابتة بين درجة اليرقان
وحدة الاعراض العصبية ويصعب اليرقان بفتح ايكيموزية تظهر في
أن واحد مع الانزفة الحشوية وتنشأ من ميوعة الدم

وليشاهد الفتي الدموي من جهة الجهاز الهضمي ويحصل في ابتداء المرح
ويكون الدم فيه مسودا شبيها بشقرة القهوة ويغض الفتي الدموي
بقرب الوفاة ويحل محله فراق شاق ويتغلى اللسان بطبقة مسمرة
او مصفرة وتتغلى الشفتان والثثة بضمور نيلية وكتيب المرض
هيئة الحما الشفوية الضعيفة ويصعب ذلك امساك وتكون المواليد
البرانية غير متلوثة بالصغرا او تكون الصغرا فيها قليلة المقدار
جدا وتكون متلوثة بالدم مسودة

وأما البول فإنه ينذر ومق اقتراب الموت يقف البول الكلية ويكون مغفولاً
 حمضياً ولونه يرقانياً وأما لا يظهر مغفول المادة الملوثة الصفراوية بطبيعة
 الحملان المتربة الاخضيا وإذا ترك البول تتكون فيه نغف مسقرة أو
 محضرة متكونة من الفوسين والتيروزين ويمكن اعتبار هذه المواد واضحة
 للظهور الأصفر الحاد وهناك طريقة سهلة لاستكشافها وهي ان
 يوضع من البول بعض قط فوق لوح من الزجاج ونظف اليها نقطة
 من حمض نظيك فإنه بعد التحين يرسب الفوسين ويرى في الميكرو سكوب
 على هيئة أقراص مستديرة مبططة ذات حلقات دائرية ويرسب التيروزين
 على هيئة حزم إبرية وتوجد في راسب البول أيضا بعض أسطوانيات
 بولية شفاقة وتوجد بشرق القنوات البولية في حالة تجييد أرسحية
 مصفرة وبالبث الكيمائي عن البول يوجد فيه البولازي والأسلاح
 المعوية الضفائية والسلفات والكولورور متناقصة جدا أو
 مفقودة وأما الأملاح البوتاسية والمواد الخلاصية فإنها تكون
 متآكلة (شياميس) ويكون البول في الغالب ذلالا
 ونشأ من ميوحة الدم الكيمويزات وانزفة مختلفة في اللون والأعضاء
 والفم والأنف والمسالك التنسية والجهاز التناسلي البول والمخلوط إذا
 أصيبت المرأة الحامل يسقط حملها قبل وفاتها
 ثم ان الضهور الأصفر الحاد إما ان يصعب ارتفاع درجة الحرارة التي ربما
 بلغت ٤٠ تقرب الوفاة وإما ان يكون غير محي ويكون فيه النض في
 الابتداء بطيئا ثم يسرع ويصير صغيرا رخاوي مق قرب الموت يصير رخيا
 غير محسوس
 وسير المرض حاد دائما وقد ينتهي بالموت في مدة بعض أيام وتكون مدة
 في العادة أسبوعين ويندر امتدادها الى أربعة أسابيع أو أكثر
 والشفاء هنا يعد استثنائيا

(التشخيص) يسهل التشخيص في الغالب باعتبار سرعة سير المرض وأعراضه العامة والمصيبة ووجود اللوسين والتيروزين في البول وهو ما عثر عن الغصور الجيني الذي يقف ببطء السير وخفة اليرقان والأعراض العامة فيه والأعراض المذكورة تميز الشكل التفويدي عن الحمى التفويدية وأما اليرقان لطف فإنه قد يلتبس بالغصور الأصفر لكاد فيما إذا تعدد القولون بالفانزات وحال بين الكبد وقاعدة الصدر بحيث تضيق أهمية الكبد ولكن تعدد الامعاء ليس ثابتا وبالضغط على جدار البطن يترقب عكس الموجود الى الكبد وتبين أهميته

وأما التسمم بالغصور فإنه يتميز بسوانق المرض وعدم ظهور الكبد دائما وفقد اللوسين والتيروزين في البول وإن كانت بقية الأعراض متشابهة فإنه يمكن استكشاف أثر السم في مواد القوي أو في الاحتشاء بعد الوفاة وينسب تعدد الكبد في التسمم بالغصور إلى استجابة الشجيرة (الانفاز) ينتهي هذا المرض بالموت عادة والشفا منه نادر جدا (المعجم) هذا المرض لا يعلم له دواء شاف ومعالجته عرضية عامة وهي تقضي استئصال المسببات الشديدة في الابتداء ووضع الملق والحلوات على قسم الكبد والزيق للطحل وسفقات ألكينا من الباطن وتطو المسكنات لأجل تلطيف المصائب والمنبهات في دور الاضطراب

الفصل الخامس في الاستجابة الشجيرة للكبد

للإصابة الشجيرة هنا الكبد الدم الذي يقف باستجابة الخلية الكبدية إلى الحالة الشجيرة عقب تحليل البروتين بلاسما واستجابة موادها الانزيمية إلى بولين وموادها الغير الانزيمية إلى شحم عائل الخلية الكبدية ويتسبب عنه تلفها وفقد وظائفها

وأما الارتشاح الشجي الفسيولوجي الذي يحصل مدة الهضم فإنه يقف بمرور المواد الدسمة من الخارج الى الكبد من القناة الصفوية ويجمها في

الخلايا الكبدية التي يحصل امتصاصها واحتراقها في الدورة ويزداد تخزن
المواد الدسمة في الكبد مدة الحمل والرضاعة لاحتل تدارك تغذية الجنين
والفران الابن ولا يتسبب من جمع الشحم في الخلايا الكبدية هنا آثارها ولا

اعاقة من هذا أيضا
وزيادة الانتعاش الشهيضيولوجي في الكبد متوافر في الشحم في أكل الاغذية الدسمة والنشويات والحلويات
وشرب المقروبات الروحية وأهم في الرضاعة ويصعب حينئذ من الجسم ويكثر الشحم تحت الجلد
هذا وقد يشاهد الانتعاش الشهي والاحتالة الشحوية مجتمعين في شخص واحد وأما الميوز الشهي
فإنه أفة النهاية وهو غير الاحتالة الشحوية الحقيقية وقد سبق الكلام عليه

(الاسباب) جميع الاسباب التي توجب نقص الاوكسجين في الدم وعدم
احتراق الشحم تساعد على الاحتالة الشحوية للكبد كما شاهد ذلك في
افواع الانبيا والكاشيكيات ولذلك يشاهد هذا المرض كثيرا عند
المعصابين بالدم والسرطان وداء الحنازير والزهري المتقدم والالاشتم
والتقيحات المفرطة ونحو ذلك

ومن الاسباب ايضا الحيات الطارة والمفنة كالجدري وبعض الحموم كالصفور
والزربخ والكمول وكذلك الحمل والرضاعة خصوصا عند الانبياء وامت
والطوروزيات ويشاهد هذا المرض بالاكث في سن الكهولة وقد يحصل
للأطفال المولودين حديثا ويندر عند الشيخوخ ويصيب النساء اكثر
من الرجال

(التشريح المرضي) تصف الاحتالة الشحوية بزيادة حجم الكبد التي قد
تصل الى ضعفه مع عدم تغير شكله وانما يتدرغاليا في العرض وتغير
حافته مستديرة كاله ويغير لونه مصفرا باهتا شيها بورق الشجر
الذابل ويصير قوامه رخوا اذا كانت دافئا ويحفظ أثر الاصبع
بالضغط عليه ولكنه يتييس بالبرودة بسبب انقضاء شحمه وبشبهه
يظهر على سطح الشق بعض نقط شحمية ويتغلغل سطح فضل المشط ببطقة
دسمة لا تغزج بالماء تنقع الورق ولا يسهل تمييز الخلايا الكبدية

٦٠٠
في سطح الشق وقد يحصل للكبد للشم جدا احتراق بلهب رائق
وأما وزن الكبد فإنه يتزايد وربما وصل إلى ٤ جرام وكسور وانما خف
وزنه النوي وقد يعموم على سطح الماء ويزيد مقدار الشم فيه فمدان
كان من عظم في الحالة الطبيعية وبما حصل إلى عظم وأما الصغرا فإنها تنقص
جدا في الحمولة المريرة وتغير باحة أو غاطية

وبالبحث الميكروسكوبي توجد الخلايا الكبدية مستديرة بدران كانت
مضلعة ومحتوية على حبيبات شحمية كثيرة أو نقطة شحمية وحيدة
مائلة لتجهيزها مائلا تماما وتنازع عن المولد الالبومينية يكونها براقية
وتسود بسببها لجلول حمض الأوسميك المركب من جن في المائد وبقدة
الاستحالة الشحمية عادة بدائر لللية الكبدية ثم تتقدم نحو مركزها
(الامراض) لا يتسبب من الاستحالة الشحمية كبد في النالبا عن ارض ورضعة
وانما يشكى المريض بشقل في قسم الكبد خصوصا مدة الحركة أو الزقار على
الحب الأسر وبالقرع قد يحس بقدد الكبد ووجود أهميته قريبا
من السرة وقد تحصل احاقة في دورة الوريد الباب ولكنهما لا تصل إلى
درجة توجب الاستسقاء الزقي ولا استفاخ الطحال وقد تحصل احاقة خفيفة
في الصغرا لا توجب اليرقان وبعض المرضى يفقد الشهية ويضطرب
هضمه ويتقيأ أو يحصل عند أسهال مواده قليلة الصغرا ويعصب
الشخص غالباً بالواسير بدرجات مختلفة

(الشخص) ليس من السهل دائما غير الاستحالة الشحمية الكبد عن ارتشاحه
الشحمي المسئول به وعلى العموم متى كان الشخص خفيا ومضطربا في الطعام
والمشروبات ومعملا في الرياضة يكون الارتشاح الشحمي هو الورد العقل ولما
اذا كان الشخص انما ويا كاشكسيا فالاستحالة الشحمية أو الثنوية اقرب
للعقل وانما يكون الكبد في الاستحالة الشحمية رخوا املس ولا يصعب
استفاخ الطحال ولا يور ذلال بخلاف الاستحالة الثنوية فان الكبد
فيها

فيها يكون متينا وحافته متبسة وقصبة غالبا ضخامة الطحال والبول
الزلال

واما اذا كان الشخص مصابا بآفة في صمامات القلب مع ركود الدورة الوريدية
فإن إصابة الكبد تكون احتقانية عادة او سريضة بسيطة او شحمية
(الانذار) الاستحالة الشحمية للكبد للخطر فيها ولا توجب الوفاة وانما
تضعف التغذية العامة

(الملحكة) يلزم اعتبار السبب ومعللة الارتشاح الشحمي ومراعاة شروط التغيير
الضدائي ضد السحنة المعتادة واذا كان المريض انما وبا او كاسيكيما
تتعلق له الاغذية المقوية والمركبات الحديدية ويرسل الى المياه المعدنية
الحديدية كهموجين وكسجين وفرايبا دواسيا ونحوها ويصالح اضطراب
الهضم بيا. اميس وديشي وتعالج الامراض العامة كالزهرى والغدة
الخطريون بما يناسبها وليذكر الطبيب ان استعمال زيت السمك عند
المتهربين ربما تولد منه الاستحالة الشحمية في الكبد
(المبحث السادس في الاستحالة الشحمية للكبد)

هذا المرض يخرج عنه بالاستحالة الشحمية نظرا لتلون بلون الفشاء
بمعاملته بصبغة اليود (ويشور) ولكن هذه الاستحالة ليست بشحوية
في الحقيقة بل مادة تشبه الالبومينية ولذلك يرجع بعضهم نسجتها
بالاستحالة الشحمية الدهنية ومع ذلك فإن لفظة الشحوية هي
المتعارفة بالأكثر

(الاسباب) اسباب الاستحالة الشحمية تشبه اسباب الاستحالة الشحمية
لكبد وانما تشاهد الاستحالة الشحمية في الاغلب عقب التقيحات الفرية
المستطيلة كالتهرجات الخطريون والغضبية وتشاهد ايضا في الكاشيكيات
الزهرية والاجامية والورثية وداو برات ولا يشاهد الكبد الشحوي زليا
الا في احوال استثنائية غير ثابتة وليشاهد عند الرجال اكثر من النساء

ما بين سن العشرة والخمسين (فركس)

(التشريح المرضي) تصف الاستحالة النشوية بزيادة حجم الكبد لاسيما في المرض واستدارة حافته السفلى وقد يزداد حجمه ضعفين فأكثر ويصل وزنه الى ٦٠٠٠ جرام وتكون محفظة جليسون وتغير ناعمة ولا تشاهد في البريتون ظواهر التهابية وبشق الكبد يوجد متينا شبيها بدهن الخنزير أو الهلام المنفقد مجازا من الدم أسمر اللون محمر اشفافا ولا يتميز فيه الخوايا الكبدية ويكون قوامه عجينا هش يحفظ اثر الأصبع بالضغط عليه وبالإسالة سطح الشق بصبغة اليود يكتب لونا ملاحيا سائلا للزرق أو اللون البنفسجي وأما الاجزاء السليمة فأنها لا تلون بصبغة اليود ولا تصير مصفرة ولما علو من بنسجي الميتلين المركب من جزء في المائة فإنه يلون النقط النشوية بلون آخر بنسجي ويلون الاجزاء السليمة بلون ازرق بنسجي (كهرق)

والحويصلة المرارية تكون مجردة من الصفرا أو محتوية على قليل من سائل متلوث بالصفرا قليلا

وبالحث المكبر وكوفي نجد ان الاستحالة النشوية الصرفة بتدريج الخوايا الكبدية المجاورة للفرميات الشريانية في مركز الفصيصات الكبدية ثم تصيب جدران الفرميات الشريانية وتسد بعضها ثم تمتد الى محيط الفصيص الكبدية وتصيب خلاياه وتمتد اخيرا الى فرميات الوريد الباب وأما القنوات الصفراوية فأنها تكون سليمة عادة

ومتغايضا الاستحالة النشوية في الغالب بالاستحالة النشوية والفرمية وأما السروز النشوي فقد سبق الكلام عليه في عمله

ويصيب الكبد النشوي استحالات نشوية أخرى ونوعية الاحشاء لاسيما في الطحال والكلى والأمعاء ولا يكون الكبد النشوي منفردا وحده الا في احوال استثنائية

(الأعراض والتشخيص) أعراض الكبد النشوة كأعراض الكبد الدم تكون
كاملة أو خفيفة وتضمن الأحاساس شغل والمراق الأيمن واستمرارية
الكبد ويتميز بالأحاساس بانتظام حافة السفلى وسطه ذو مقلمة
ويصحب انتفاخ في البطن وبلل زلال واستسقا واسهال وتنسب
هذه الأعراض لأصابة الطحال والكلى والأمعاء بالاستحالة النشوية
ولا يصحب البرقان عادة

مدة المرض في العادة طويلة وقد تمتد المدة سنوات ولكنها تتطابق بالرب
المعنى الأملى وينتهى المرض بالهلاك أما بالكا شيكسيا والتهوكة أو
بالمضاعفات الحشوية أو بتقدم المرض الأملى أو بأوزيا الرئتين
والتهابهما

وسهل تشخيص الكبد النشوة عن الكبد الشحى بالعلامات التي سبق
ذكرها في الاستحالة الشحوية وأما هذه العلامات لتكون واضحة إلا
في الأحوال القديمة

(الإنذار والمعالجة) الاستحالة النشوية للكبد مزعزعة ومعالجة المصحة
تذكركية وتقتضى معالجة أسباب التفتحات الغزيرة والكاشكسات
المختلفة فيعالج التمدد بزيت السمك والركبات اليديوية الحديدية
والكمادات ويعطى الرايستليين المركبات الحديدية الجيرية والحملات والبروتين
المركبات الزينية ويؤد دور الحديد ويؤدور البوتاسيوم والكمادات اليودية
والكبريتية وعند أككا شيكسيا الأجامية سلفات أكتينا مع الحديد
والبيودوريات والكمادات الحديدية

والمنع يؤد دور ذلك المراق الأيمن بجرم يؤدور ويعطى للرئتين من
الباطن كلور أيدرات الفوسفور

(المبحث السابع في سرطان الكبد والمسالك البغرافية)

(الأسباب) سرطان الكبد كثير المصروف ويبقى في الرئتين بعد سرطان

الرحم والمعدة والنفث ويكون في النادر اصلها وفي العادة تابعيا للسرطان
الاعضوية الأخرى كالرحم والمعدة والمستقيم والأمعاء والمثانة والمعدة
والكلية والرئة والشه والعضام والجهد والشمسية وبصاحب الكبد لما يطلقون
او بواسطة الاوعية الدموية للورود الباب او الأوعية المنفاوية

واسبابه كاسباب جميع انواع السرطان أهمها الوراثية والسنين ٦٠ و ٥٠
سنة ويصيب النساء أكثر من الرجال ويشاهد في البلاد الباردة والمعتدلة
أكثر من البلاد الحارة وقد يعقب الاسباب المرحية كالزمن والجروح وبعض
معد الحشرات الصفراوية من اسبابه وكذا الافراط في الشراب والوقوع
والزمن وسيرور الكبد وأكياسه الديدانية والسرطان التامبي يكون
دائما من نوع السرطان الاصل للسبب له

(الفتريج المرضي) انواع السرطان التي تشاهد غالبا في الكبد هي الكبد
والسرطان الغليظ والحمي وقد يكون نسيج السرطان فطريا مبدأ أو كسبيا
وتكون خلاياه في الغالب اسطوانية وقد تكون بلاطية وأما السرطان
القرني والهلامي فتأثران في الكبد والسرطان الاسود والحمي لا يكادان
أن يكونا الا نادرين

وسرطان الكبد اما ان يكون محدودا أو نائبا أو متشحا ويختلف التامبي
والاصلي في الشكل

اما السرطان التامبي فيكون في الغالب نخاعيا محتويا على تجاويف مستطيلة
غير متطيلة مبطنة بخلايا اسطوانية خلافا لبقية ونظير السرطان التامبي
عادة على هيئة نويات أو جزيرات تكون صغيرة في الابتداء فيجم راس
الدبوس أو أصغر ثم تنمو حتى تقبل الحجم كبير ويبلغ حجم رأس
الطفل وحيث انها منتشرة في جوف الكبد فينشا نظام بعضها في المركز
والبعض قريب من السطح فيتسبب عنها غلا الكبد بدرجات مختلفة وهم
انتظام شكله وسطحه وهما منسوجة بحيث لو شق الكبد لوجد سطح

الشق

٦٠٥

الشق امين مصفا ويرتد نسيج السرطان على سطحه وبخطه يسيل منه
سائل لبيق ويوجد النسيج الكبدى منضغطا بجوار الاورام السرطانية
ضامرا باهتا أو محملا غامقا فاقدا لخاصته

وتكون الاورام السرطانية البارزة على سطح الكبد في العادة منخفضة الوسط
بشكل السرة أو القمع وقد يتوقف مركزها على هيئة كيس مفتوح سهل الأدماء
أو مملوء بالتزيف وذلك ينسب للاستحالة النسيجية التي تستولى على
مركز الورم السرطانى (وريشو) وقد تقل هذه الاورام الحجم كبير ربما
وصل في الوزن الى ١٠ كيلوجرام في مسافة قصيرة

والسرطان التامى يصيب غصائر الجهر الكبدى وينسدها ويصيب كل
من الأوعية والقنوات الصفراوية في آن واحد أما الأوعية فتصاب منها
فريقات الوريد الباب أولا إذا كانت هي السبب في ورود الجز يشات
السرطانية من الأوعية المصابة في الأصل ثم تمتد الإصابة الى المنسوج
الكبدى والأوعية الأخرى وأما القنوات والموصلة الصفراوية فأنها
قد تبتعد أيضا بالإصابة السرطانية ثم يعصاب المنسوج بعدها وقد
يظهر السرطان التامى في الخلايا الكبدية ابتداء وقد يعصاب للمنسوج
الخلوى أولا وذلك على حسب اختلاف الأحوال

وأما السرطان الكبدى الذاتي أو الأصل فإنه يكون في العادة محدودا
أو وحيدا وإذا تعدد ينسب تعدده في الغالب الى الورم الاصلى الذى
تتولد منه اورام ثانوية ولا يكون نواتجا كالسرطان التامى الا في أحوال
استثنائية ويصيب الفص الأيمن عادة ويكون مدغونا فيه بحيث
لا يمتشوه سطح الكبد بل يصير خشنا وربما بلغ وزنه من ١٠ الى ٢٠ رطلا
وعنه غما الورم يقرب من السطح وقد ينتهى بالبزور على هيئة عقيدة رخو
ممن بشقه يبرز النسيج السرطانى على سطح الشق وبأ تكهط يسيل منه
سائل لبيق سرطانى ويقترب سطح الشق بلبونه المبيغ أو المصفر ولا

يصاحب باللائم ولا بالاستقالة الشجيرة كالسرطان التاجي إلا نادرا
ويوجد المنشوج الكبد بجوار السرطان مضطوبا باهتا أو محمرا خافقا
أو فاسدا بالكلية وتوجد الاوعية والقنوات الصفراوية السليمة وكذا
البريتون حول الكبد بخلاف السرطان التاجي الذي تصحبه احباط
هذه الاعضه عادة

واما سرطان المسالك الصفراوية فإنه اما ان يكون ذاتيا أو تابعا لسرطان
البنكرياس أو البواب ويظهر على هيئة ارتفاع سرطان في جذع الحوصلة
المزمنة والقناة الصفراوية أو يكون على هيئة الخراج أو نوات عديدة
منتشرة أو يكون وربما وحيدا وينشأ عن السرطان هنا تشوكلات
الصفراوية وضيقها أو انسدادها

وكل من السرطان الذاتي والتاجي يوجب اصابة العقد اللمفية فنجمة
الكبد والعقد الكبدية المعوية والعقد حول البنكرياس والعقد الجوارية
للمامود المقرب ويعقد الجدار المضيف التي تصل اليها الاوعية اللمفية
الكبدية وبعض لخريشات السرطانية ينصب في الاوردة الكبدية ويصل
الى الرئة ويوجب اصابتها بالسرطان ومنها انتفخت العقد اللمفية الجوارية
للوريد الباب والقناة الصفراوية ربما يتسبب عنها اعاقة الدورة وظهور
الاستسقاء الزقي أو اعاقة الصفرا وظهور اليرقان

وأما السرطان السيروزي أي الارتشاحي فيصير عنه بذلك لمصاحبه
لسيروز الكبد ويسمى ايضا بالسرطان المامودي بالنظر لاصابته للأحمة
الذئبية المذكورة والسرطان السيروزي يوجب تشوش سطح الكبد
وتشققه يوجد منشوج سحائيا أو مبيضاجيبيا بسيلونه بالخط
سائل سرطاني لبي وباتجت عنه بالممكن وسكوب يوجد بعض الخاروا
السرطانية سليما والبعض مصابا بالاستقالة الشجيرة والسرطانات
السيروزي في الغالب يصيب جذع الحوصلة المزمنة ولا يصيب القنوات
الصفراوية

الصفراوية ولا الاوعية الوريدية ولذلك لا يستقل من الكبد ولا يصيب الاشاء
الآخره (شربيل)

(الاعراض) قد تكون امراض السرطان الكبدية كامنه ولا يعلم وجوده الا
في الجثة وقد تكون قليلة الوجود شبيهة باعراض الاضطراب المعوي ولا
تضربها علامات خاصة او تكون مستمرة ومضطربة باعراض الآفات السرطانية
للأشياء الأخرى كالحمى والامسا والمستقيم وقد تكون الاعراض بالمعكس
واحدة حادة ولا شك فيها ولا هيبة ذكر هذه الاعراض نبداً بذكر السرطانات
التامة ثم الاصل فتقول

أما السرطان التام فيبتدئ عادة بطريقة كامنه غير محسوسة وربما
يلج الكبد بها كبرا وتغير شكله وحصلت امراض الكاشكية السرطانية
تقبل ظهور الاعراض الخاصة للكبد وتختصر الاعراض الابتدائية غالباً في
الاضطراب المعوي كعقد الشهية والقرف من الأطعمة خصوصاً اللحم
واستفراخ البطن وتآنة الفم ثم يستشعر المريض بثقل في المراق الأيمن
ويشتكى بالأم ناحية ليست مسقرة وقد يفتقد هذه الآلام الذاتية ولكن
يتالم المريض بالضغط على الكبد ويظهر عليه البرقان من درجات مختلفة من
ابتداء اصفران اللون الى حارة اخضرار الفم اق أو اسوداده للمسنن ويحصل
البرقان باسباب متنوعة كغزلات المسالك الصفراوية واضطرابات القنوات
الصفراوية في الكبد أو عند خروجها بجوار الفجوة

وقد يتضاعف السرطان بالاستسقاء الزقي الذي يفتش اماناً للسداد
الوريد الاخرف أو ينفطه واما من الانتهاب البريتوني أو من اصابة
الثوب بالسرطان وفي هذه الاحوال يكون السائل في الثوب مدماً وقد
يصاحب الاستسقاء عقد أوردة جدار البطن

وبالبحث عن الكبد يوجد حجمه متزايداً وقد يصل من الأعلى الى الضلع
الثالث ومن الأسفل الى الخوض الصغير ويملأ البطن ويضغط على الأمعاء

للكاذبة ويتركون برزخا عظيما تحت جلد البطن واصلا الى المراق الأيسر ويمسح
بوجه سطحه غير منتظم لأحاديث مختلفة صلبة أو مرنة وإذا كانت جدد البطن
رفيعة ربما يحس فيها بالانبعاث السريع والقوي ويستحسن باستدانة وجر
استظام حافته وكونها ذات حديدات أيضا

وسير السرطان هنا إما أن يكون بطيئا تدريجيا أو سريعاً بحيث تظهر علامات
المذكورة آنفاً في مسافة بضعة أسابيع ولا يصعب عادة تقديره في الحال ومتى
تقدم المرض تظهر العلامات العامة للكاشيكسيا السرطانية كالخمول وفقد
القوى واكتساب الجلد اصفراراً بنيانياً ونقص الكرات الحمراء وظهور الأورام
في الأطراف وهذه المرض إما من تقدم الكاشيكسيا في مسافة من بعض
اسباب المشرين في الشكل الطاد وتقدر الحياة الى ستة أشهر أو ثمانية في
الشكل البطيء أو يحدث الخوف من المضاعفات كالانتهاب البريتوني والالتهب
واليرقان الحظي والمغوار من الحية والشوية الأخرى

وأما السرطان الأصلي للكبد فإنه قد يستدعي أيضاً بالاضطراب المعوي المذكور
ثم يشك المرض بشل وآلام في المراق الأيمن وإنما لا يصعب التفرقة ولا
الاستسقاء الزقي ولا تعد أهمية جدد البطن إلا في الحوال استثنائية وكتيب
الكبد جماً كبيراً ويعبر قوامه صلباً وكثمة يستقر املس وحافته حادة
ولا يحس فيه عادة بالبروزات ولا الحديتات المذكورة في السرطان السابغ
وقد ينشأ منه نقي أو فقد في أفران الصفرا بسبب تلف الخلايا الكبدية
وفسادها فتري المولد التظلية سحابة اللون عديمة الصفرا منتنة جداً
والامام مقددة بالقنوات ولا يصعب ذلك يرقان وهذه العلامة وإن كانت
غير خاصة بالسرطان الذاتي إلا أن وجودها مهم في التشخيص
وأما سرطان المسالك الصفراوية فإنه في الميادة موجب إعاقة سير الصفرا
فيقد الكبد ويحصل اليرقان ومما استحدث العقد المتفاوتة يحقار
لويريد الباب فأنها يتقو دورته فيحصل الاستسقاء الزقي وربما اشتبهت

اعراضه بالمحوبات الصفراوية
والمبحث عن البول في سرطان الكبد يوجد نادرا وغير محتمل على زلال او
يكون مقدار الزلال واهيا والبولين فيه قليل المقدار
وقد يصيب السرطان الكبد اعراض حية خفيفة مع ثوران في السائل او متقطعة
تنسب لالتهاب الكبد او اليه يوقى حول الكبد ومن الشاهد ان السرطان
المحسوب بالحي ينتهي بالموت بسرعة

(التشخيص) تشخيص سرطان الكبد صعب في ابتداءه وكما ان تشخيص الاعراض
والعلامات مع تقدم المرض يسهل التشخيص فاذا كان الكبد ضخما ومؤلما
وعلى سطحه وجافته خدبات واضحة مع يرقان واستسقاء زرق وكان من
المرض فوق الحدين وابتداءت عنده الكا شيكيا السرطانية يستدل
منها على التشخيص ويبحث بعد ذلك على المعدة والرحم والاثني والمستقيم
لأجل استكشاف السرطان الاصل

واهم الامراض التي توجب الالتباس هي الكبد النشوء والسيروز الضخامي
والاورام الديدانية

اما الكبد النشوء فيتصف بخضامة الكبد واستواء سطحه ولا يصحبه
يرقان ولا استسقاء كالسرطان الاصل للكبد بل الكبد النشوء يصبغ بخضامة
الطحال عادة وزلال في البول وحالة عامة مخصوصة كالقيح الغدير
المستطيل

واما السيروز الضخامي الصفراوي فانه وان كان يتصف انما بكمية الكبد
وبالاستسقاء سطحه ولا يصحبه الاستسقاء الا انه يتميز بطيئ بسيره وطول
مدته واليرقان الذي يظهر من ابتداء المرض

واما الاكياس الديدانية فانها توجب خضامة الكبد بغير استواء وبحسن
فيه بورام مرنة ارمقوجة ولا تتأثر المعدة العامة مدة مدية ويجب
التشخيص اذا كانت الاكياس خلوية ولكن البذل والبحث الميكروسكوبي

عن السائل بيان التشخيص

وأما الغضامة الكبدية الزهرية فإن الكبد فيها يستمر الملس ولا يصعب الاستقاء ولا يرقان والأوصاف العامة للوسيميا ونمق الطحال وامتنان الدم بين التشخيص وأما الغضامة الزهرية فميزها عن سرطان الكبد صعب غالباً لأنها توجب تشويع الكبد وعدم انتظام سطحه ويصعبها اليرقان والامتنان الزرق والأوزما الكاغيكسية كالسرطان الناجي ولكن سير الغضامة الزهرية بطيئ جداً ويأخذ عن الجسم تشاهد فيه آفات زهرية أخرى

(الانذام والمعالجة) الانذام ميت والمعالجة عرضية فقط وهي تقضى الاعتناء في التدبير الغذائي وتقوية المريض ومعالجة المولع من الملق

(الحث الثامن في زهر الكبد)

زهر الكبد اما ان يكون ثنائياً أو ثلاثياً أو ورثياً

فأما الزهر الثنائي فإنه يحصل بعد العدوى ببعض أشهر ويصنف بحالة يرقانية شبيهة بأعراض اليرقان القوي وينيب المقلات الزهرية للملوك البولية ويستدل على تشخيصه باعتبار تاريخ الاعبابة ووجوه الآفات الزهرية الثنائية في الجلد والاعشبة المخاطية والعقد الكفافية

وأما الزهر الثلاثي فيشيب عنه قريبا دائما الصباق الكبد بالاعضاء المجاورة الصبا قاتنين ويكون اعشبة كاذبة تضغط على الأوردة والقناة الصفراوية وتحدث الاستسقا واليرقان وهو على نوعين الانتساق والأورام الصفوية اما الانتساق الزهرى فإنه يشبه السرور الصفوري الجيبي أو السرور الصفوي وقد يجمع التشكلان في الكبد فتكون أحد فصوه ضامرة والأخرى ضخمة وقد يتضاعف بالاستحالة الشوية أو السحبية وفي هذه الحالة نعم الاعبابة الطحال والكلى في آن واحد وأما الأورام الصفوية فأنها تولد في جوف الكبد أو على سطحه ويختلف حجمها من رأس الديرس إلى البندقة وتكون في الابتداء رجوة سحابية ثم

تجف

تخف وتقص أو تختبئ
وأعراض الزهرى الثلاث لكبد قليلة الخروج وهي جارة عن اضطراب هضمي
مدوناً آلام محسوسة ولا حتى ثم يزداد الاضطراب الهضمي وتقبل الخفاة
والأنسهار والأوزيميا في الأطراف وتغسل القوى ويشاهد في الغالب اليرقان
والاستسقاء الزقي في ابتداء المرض والبحث عن الكبد يوجد ضامراً
وسطحه غير منتظم أو يكون الغرور قاصراً على فصوصه ويكون الفص الآخر
ضخماً وتصبه ضخامة الخلال في الغالب

وسير الزهرى الثلاث في الكبد بطيء جداً وربما استطاعت مدة عدة سنين
ولكن خطر سريع متى تصاحف بالاستحالة النخعية أو النخرية وتسلط
وظائفه أو فقدت أو متى أصيبت الكلاهما

وأما الزهرى الموراثي فإنه قد يشاهد في الكبد عند المولودين حديثاً
ويوجب سرعة هلاكهم أو يحصل فيما بعد في سن الطفولية أو الشبوية
ويكتسب حينئذ أو مصاف السيروز الفجوري أو الغضائي وبعضه اليرقان
والاستسقاء الزقي وأوزيميا الأطراف ويكون سريعاً جداً ويستدل
على تشخيصه بوجود آفات الزهرى الموراثي كآفات الأسنان والالتهاب
القريني المنتشر وحيدات الجمجمة وتشمم الأنف وتقوس العنقبة وأثر
الاحتكام في الجمجمة والعقد اللمفاوية وبحول ذلك

ومنى ثمين تشخيص زهرى الكبد تلزم المادة في استعمال المبالغة النخعية
القوية كيودور البوتاسيوم بمقدار كبير والكميات الزينية
(المبحث التاسع في أكاسيد الكبد الديدانية)

الأكاسيد الديدانية كثيرة المصولة في الكبد وهي أكثر حصولاً من
بقية الأحشاء بأجمعها

(الأسباب) قد سبق تفسير تكون الأكاسيد الديدانية عند الكلام على الديدان
الشريطية لأوما وذكرنا أنه متى خرج بيضها مع المواد التغلية وتلوث منه

لحشا نشأ أو المياه ونحو ذلك ثم ابتلعها حيوان ماسواً كان كالألحشا نشأ
 أو اللحم ووجه البعوض حينئذ إلى المدة فأن الصير المعدى يذهب غار فيه
 البيضية ويخرج الجنين مزينا بستة كلاب واربعة محاجم وتصل إلى
 الأمعاء وينفذ في جدرانها بواسطة كلابيه وتزغره وزيقات ألوريد
 الباب وتوجهه إلى الكبد فيثبت الجنين في نسجه ويتولد منه كيس سداف
 وإذا استمرت سياحة الجنين فإنه يصل إلى الاحشاء الأخرى كالرئة مثلاً
 ومثلاً أقام وثبت في حشا فإنه يكون فيه كيساً ديدانياً أيضاً
 ثم إن الدودة الشريطية التي تتولد من اجنتها الأكاس الديدانية عند
 الإنسان المسماة بالدودة الشريطية القرعنة التي تنمو في أمعاء الكلب
 وأفراد نوعه كالذئب وابن آدم وتتصف بكون طولها في الإنسان الكهولانية
 لا يزيد عن ٤ ميليمتر ولها رأس موشحة بيوز واربعة محاجم صفين من
 كلاب يبلغ عددها من ٣٠: ٤٠ وتصل بالرأس ثلاثة أو أربعة
 عقل في الأخيرة منها فتحة التناسل جانبية تحتوي على البعوض وإذا
 انفصلت عن الدودة تنفذ مع المواد الشظية وتمزق ويتبدد بيضها
 في الخارج

ثم إن الأكاس الديدانية الكبدية لا تصيب الأطفال ولا الشيخوخة إلا
 في النادر وتصيب الرجال أكثر من النساء وخصوصاً الملازمين
 للكلاب المهملين في مراعاة الشروط الصحية الذين يتكون الكلاب تلحق
 في أيدهم ووجوههم لأن داء الكلب يعوق استه فيتلوث له وأنفه
 ويقتل بالبعوض فيوصله الحمن يلامسه وكذا إذا استعمل الإنسان
 المياه أو الخضراوات الملوثة بأفراز الكلاب فإنه يبتلع البعوض فيعرض
 للأصابة بالأكاس الديدانية

وتشاهد الأكاس الديدانية الكبدية بكثرة في بعض البلاد كبلاد
 النمسا والمانيا وخصوصاً أسلاندا وذلك لكثرة غلاتهم للكلاب

والسطح القعر أو ما في الشرق له أكثر حصولاً بين المسلمين لقرينهم من الكلاب
 (الشرع الموصى) الأكاسيد المعدنية الكبدية فوعان أكاسيد ذوات
 حبيب واحد وأكاسيد متعددة للمحور إما الأكاسيد ذوات الحبيب الواحد
 فهي الأكثر حصولاً وكيفية تكوينها أن الحدين أو الكلاسيكيتين معاً
 ويصل إلى الكبد وثبت فيه بالطريقة التي سبق شرحها يفقد كل واحد وينشط
 على هيئة خلية أو غشاء مثقوب ويفرز مادة مخصوصة تنفذ وتختلط على
 هيئة كيس ثم يخرج المخرج للظهور المائل له وينشأ من ذلك إفراز حويص
 يبلغه طبقة جديدة من أجل الحصول على أكاسيد الحديد حينئذ لو كانت
 جديدة متكونة من ثلاث طبقات وفي طبقة سائل شفاف

الطبقة الأولى الظاهرة خلوية ليفية متكونة من مواد الإفراز فيحصل
 شكلها المخفض منقذ أو أريد وتولد منها أنجبة حديثة التكوين
 وطبيعتها تعديلية الكيس الذي ولد وهي قابلة للاستحالة الكلسية أو التجمد
 على حسب الأحوال

والطبقة الثانية متكونة من إفراز الجبين الذي لا يبلغ شكلها
 زيادة عن ١:٣ منقذ طبيعتها زلالية شبيهة بشفافة غير عضوية
 مجرودة من الأوعية وهي متكونة من جملة طبقات تتركب من مختلف السطوح
 متى شئت تلف على نفسها إلى الداخل كالإغشية المرنة مع أن
 المركز يكون لا يستكشف فيها البافامنة واضحة وهذه العلامة
 مهمة في تشخيص بقايا الأكاسيد المعدنية

والطبقة الثالثة متكونة من غشاء جيب شبيه بالتوت الإفراحي
 يسمى بالغشاء المخثر لأنه يتولد على سطح حويصلات دقيقة تنمو
 وتتل بالأسائل ويكون فيها سروق وتنتهي بانفصالها من الغشاء
 المخثر وسقوطها في تجويفه ويغير عنها حينئذ الحويصلات للنبات
 ويحويها من تلك الحويصلات على حويصلات أصغر منها تسمى حويصلات

بنات النبات وقد تجتوى حوصصات بنات النبات على حوصصات اصغر
يعبر عنها بحفريات حوصصات النبات وحلمرا وكل حوصلة من
النباتات تتركب كالأم من غشاء مثل عظام بنشاء ذلال والحوصصات
النباتات فثمان احداها مجردة من الديدان ويقال لها العقيمة والآخرى
تحتوى على الديدان وتسمى المثمرة

وبالبحث عن الحفريات الديدانية التي تتولد على سطح الغشاء المثمر توجد في
الابتداء مبيضة ثم تصير حوصلية ذات سوق وتظهر فيها رأس ذات
اربعة محاجم وثلاثين أو اربعين كلاهما وتلك الرأس محمولة على عنق وذلك
العنق مقبل يمس مستدير يضيق ينتهي بسوق متصل بالغشاء المثمر
ومنه انقطع السوق لتسقط الدودة في باطن الحوصلة وباتصال
الى الرأس توجد منقنية مع عنقها داخل الجسم على هيئة اصبع اللؤلؤ
(القفاذ) المقلوب وقد سبق شرح ذلك مطولا عند الكلام على
الديدان الموتة

وأما المسائل الشاف داخل الكيس فانه رايق يشبه الماء الزلال
ومفعوله قلوي أو مصلد وفي النادر حمضي ووزنه النوعي من
١٠٠ الى ١٠٠٥ ويختلف مقدار من بعض جرامات الى ١٠ ايتوات أو ازيد
وبالبحث عنه بالميكروسكوب توجد به بعض كلاليب وعقود على كلورور
العبودوم ولا يوجد فيه اخر الزلال وان وجد فهو دليل على موت
ديدان الكيس لأنها تتغذى منه طول حياتها فقتله من المسائل الأولية
أولى ثم اذا الاكياس الديدانية تعقب في الغالب الصغار الاعمى وقد يكون
الكيس منفردا أو متعددا ويشغل مركز الكبد او اذرع خصصها بقرب
سطح الظاهر وينسب من مجاورته للريتين التهاب الغشاء المصلي
وتكاثره ويقترب نوى الاكياس الديدانية عند اكيد بدرجة مختلفة
وبما ملا تجوف البطن وتنفذ الصدور وينشأ من ضعفها ظهور

المنج الكبد وفساده

وتنقى الأكياس الدريانية أما بالنقى أو بالانحجار أما النقى
فيوجب ذوبان الأعشقة الجنية ونقى الكبد
الصورة وأما الانحجار من فسقه فيجب ذوبان الكبد
أو الحكة المغروية أو الكبدية وهو يوجب وقوف فوق الكبد فيكتنف
السائل فيه ويستحيل إلى كتلة زجاجية أو صلبة فتكون من الكولسترين
أو بعض البلورات جيرية أو دموية وبعض كلاب ثم يغير الكبد شيئا فشيئا
وليس منه ضرر وأما انحجار الكبد فيحصل منه قبل النقى أو بعده وينقب
السائل في الأحشاء أو التجاوف المشوية المجاورة كالكلية والبلبورا
والبريتون والمعدة والأمعاء والمساك الصفراوية وغورها وتنشأ من
ذلك عوارض شتى

وأما الأكياس المتعددة المحيوبة أو الخلوية فهي نادرة جدا وتنشأ من
بعضات وبداية مخصوصة ليست من الدودة الشريطية القرعوي ولا
ببلم حقيقة منشأها بالذقة وتغير بوجود المنشأ المثير على سطح رجليه
تفول الحويصلات الدريانية عليه فيخرج وتتولد منها أورام صلبة
متعددة الخواص خلوية تحتوي خلاياها على سائل هلامي شبيه بالهلام
الهلامي الخلوي وقد التبت به مدة حتى عين طبيعتها الملم ورشو
بالذقة وبعض الحويصلات يحوي على صغائر كلاب أو دودة كما سلكه
والبعض أخشيتة متفرقة أو متكلسة في بعض النقط

ويختلف حجم الحويصلات جدا فمنها ما يكون دقيقا لا تكاد العين أدغم
ومنها ما يكون في حجم البندقة هو متى تقارب اختلطت وإذا التامست
وحاء أو قناة صفراوية تنقب في جوفه وتسده

ثم إن الأكياس المتعددة المحيوبة تعيب الفص الإيمن من الكبد غالب
وتقرب من سطحه فيصير ذا حدرات غير منتظمة وتؤثر على نسيجه وتفسده

وتعصبها في الغالب ضخامة الطحال

في الأعراس من الأكياس الديدانية الوحيدة للجيب قد تستقر كأمه مادة صغيرة الحجم مدخونة في جوف الكبد وربما استمرت كذلك مدة بعض أشهر ثم يحصل اضطراب في الهضم والافراز الصفراوي ودورة الوريد الباب فتتقدم كلما تقدم المرض ويخف الكبد دفنة واحدة وتظهر العلامات المختلفة للاكياس الديدانية

وقد يحصل في المدة الأولى بعض أعراض توجب الشبهة وذلك كالآلام الكتف الأيمن التي تشاهد خصوصا إذا كانت الأكياس قريبة من السطح الظاهر للكبد وزد على ذلك الرعاف والأحاساس بثقل في المراق المريض إنما أخير في أن يرادها والالتهاب البلعوي الأيمن الذي قد يحصل ولو كانت الكيس جوفها يبدأ من سطح الكبد وزد على ذلك الرعاف والأحاساس بثقل في المراق الأيمن والقسم الشرسطي

ومضى تحت الأكياس الديدانية يتشعب عنها عدد الكبد وربما تتخلطه وقد يزداد حجمه جدا بحيث يملأ البطن ويصعد في تجويف الصدر إلى الصالح الثالث ويضغط على الأحشاء ويعزز في الجهة اليمنى دافعا قاعدة الصدر وجدار البطن أمامه بدرجة واضحة وبالنسبة عن الكبد يوجد سطح غير منتظم وتوجد بعض الأكياس بارزا عليه على هيئة أورام مزنة متجهة إلى أعلى في الصدر أو إلى اليسار في القسم الشراسطي والمراق الأيسر أو إلى أسفل في البطن أو في القطن حيث أنه ربما يلتصق بالانسكابات البلعوية أو بالبريتونة أو بالأكياس المبيغة أو بأورام الطحال أو الكلا أو أورام الأكياس الديدانية تكون في المادة مستوية ملسة مزنة أو مقبوجة قليلا وبالفتح وبالشع يحس فيها بالارتعاش الديداني غالبا

وأول من شرح الارتشاح الديداني هو العالم بيوري وهو ينسب لقوام الخوايا الديدانية البنات ببعضها ولذلك يكثر وجوده في الأكياس الصغيرة

القليلة التوتر ويمكن تشبيهه باعتزاز الهلام للقروح عليه أو بالاعتزاز الذي
 غرس به اليد للماسة لإحمال العود حال ارتعاشها ولأجل الاستشعار بالارتعاش
 الذي يدان جيلدا يلزم استراحة اليد فوق الكيس بعد قرحه فوراً أو توضع الأصابع
 فوق الكيس ويقع على الأصبع الوسطى بخافة باليد الثانية ثم ينتظر برهة

ثم إن الأكياس الديدانية إذا تركت وشأنها تنفوس بطيخ وقد تستقر عدة سنين إلى
 خمسة أو أكثر بدون أن تتضاعف بموارد خطره ولكن كلما تقدم المرض
 يزداد سوء الهضم وتنفذ الشهية ويحصل الخول وتكرر الانزفة ولا سيما الزغاف والتزيف
 الرجي ويقع المريض في حالة شبه الكاشيكيا وأما إذا أضطت الأكياس على المسالك
 الصفراوية أو الوريد الباب فأنها تتضاعف بالزغاف والاستسقاء الزقي وتنداد
 اوعية جدار البطن وإذا حصل الضغط على الأجوف السفلى تظهر الأورزما في
 الأطراف السفلى ويحرق راد الضغط في الصدر يتعسر التنفس ويشتكى المريض
 بالآم في البطن وثقل وثقل متعب حتى لا يتيسر له الاستراحة والجلوس ولا في الرقاد
 وقد تنتفخ الأكياس بالانفجار قبل وصول الأعراض لهذه الدرجة

وتختلف الأعراض باختلاف انتهاء الأكياس بالانفجار أو التقيح أو الانقصاص
 أما انفجار الأكياس الديدانية فإنه يوجب انكسار محتوياتها في الأغشاء المحيطة ويسبق
 الانفجار في الغالب التهاب الكيس وتقيحه وموت الحيوانات الديدانية النبات داخله
 وقد يخرج الكيس الديداني على حسب مجلته في التامور أو في البلور أو في البريتون
 ويعقب ذلك في الغالب التهاب خطر حمة خصبوها إذا كان الكيس متقيحا
 وأما إذا كانت المسائل راتقا فربما يبرأ المريض من نفسه أو بعد فعل البزل فيجب
 تمزق الكيس في البريتون في أغقاب ظهور طغى أخرى حاد وأصعب

وإذا كانت وربقا البلور ملتصقتين قبل انفجار الكيس الديداني فإنه ينكس
 في الرق ويصل إلى الشب ويتقيأ به المريض ويصعب ذلك ألم شديد وسعال
 ولعناق وخروج مقدار عظيم من سائل مصل أو مصل جدد دقي أو مصل
 مدم منقح محتو على بعض بقايا أغشائه ديدانية وكلايب أو رؤوس الديدان

كاملة وقد توجد فيه آثار الصفراء واللوات دموية ثم يقل خروج السائل في
الايام التالية وقد ينتهي بالشفاء والغالب ان المريض يهلك اما بالمضاعفات
الرئوية كالنفري والالتهاب وعقب النقيع المفرط المتقر
واما افتتاح الكيس الديراني في المسالك الصفراوية فتختلف حوافه فاذا وصلت الصفراء
داخل الكيس غوت الديران وربما رجع المريض بعدها واذا انقبضت جعل الكيس
في الحوصلة المرارية او القناة الصفراوية يحصل مغص كبدى حاد وربما حصل
الشفاء ايضا بعد فراغ الكيس واذا انسدت المسالك الصفراوية بالاعشية
الديرانية يستولى عليها الالتهاب ويختبر الصفراء في تلك المريض بالمرقان الحاد
وانقبض الكيس الديراني في القناة الهضمية بعد تمام التمام يحدثها يحصل غالباً
في القولون حينئذ يشتد المريض بالمحاد يعقبه خروج السائل من الشرج
واذا كانت فتحة الامتصال متسعة يتفرغ الكيس بسرعة وربما ينتهي بالشفاء
واما اذا كانت الفتحة ضيقة فان المريض يعبر عرضة لاختطار النقيع المتزير
المستطيل واما انفجار الكيس في المدة والاثنى عشر فهو نادر ويكون
في الغالب خطراً ويعقبه خروج بعض السائل من الفم والبقي من الشرج
وقد ينجر الكيس في الورم الجوف ويحصل نزيف بالهضم ميت او يغيب السائل
في الدعوى ويصل الى القلب الايمن ثم الى الرئة ويحصل نسيج صديدي وسد
رئوية فيهلك المريض

وقد يشاهد افتتاح الكيس الديراني على سطح الجدار بجوار السرة ويسبقه حينئذ
التهاب في النقطة المصابة وقد يبرأ المريض بعد فراغ الكيس
واما نقيع الاكياس الديرانية فيكون اما من ذاته او بسبب مرض وينتهي
بالاستسقاء في الاحتشاء الجوف وتضخم اعراض الخراج الكبدية كالقشعرير
وحصى الدق والعرق والغافة

واما امتصاص الاكياس الديرانية فانه يشاهد عادة قبل اكتمالها بحاجتها
او قبل تخفيفها ولا يعلم سبق حصولها الا بوجود اثر الاكياس في البنية
هذا

هذا وأما أعراض الإكاس الديرانية المتقدمة المحبوبة أي الحلاوة فأنها تكون
في الابتداء قليلة الخروج أيضا وتشتغل على أعراض اضطراب الهضم ثم تتبدد الكبد
ويصير متلبسا غير منتظم ويحس في ظاهر ماؤدم صلبة كالأورام السرطانية
أو السروز الضخامي ويصعب غالبا تعدد الطحال ورفقان وانسكاب بريتوف
وأورعيا الجلد (نيماير) ويتضاعف كثيرا بالانزفة المعدية والحمية والرعاف
وسير بطيء جدا ربما استغرق عدة سنين نحو العشرة أو أكثر وانتهت عادة
بالموت

(التشخيص) تشخص الإكاس الديرانية الجيدة المحبوبة في الابتداء وبسهولة كلما
كبر الكيس ويتبين التشخيص بعد البذل خروج السائل اللين والكويصة
الديرانية أو بقاياها

ومع شوقه عند المريض ورسم من غير مؤلم أهم وفيه اهتزاز محسوس وكان
سريع بطيئا وغير مصحوب بحج ولا يرقان ولا استسقا يمكن الحكم في حال الأحوال
بأنه كيس وديراني وأما إذا كان ذلك الورم ذا سوق وتغارب من الطحال أو
المبيض أو الكلا فإنه ربما ملتصق بإكاس الإحشاء المذخور أو يحصل العكس بمعنى
أن إكاس الطحال والمبيض والكلا إذا اقترحت نحو الكبد ولا مسته ربما يلتصق
بالإكاس الكبدية ويلزم البحث الدقيق لأجل تمييز التشخيص

وأما ضخامة الكبد القوسية والإحامية والديورنية والزهرية وخراج الكبد
وسرطانها فإنها تميز باعتبار سوايق المريضة وسير المرض ومراحله والمخاض
العامة وخصوصا في السير وتختلف السوايق الكؤلية والاستسقا واليرقان
وتعد الطحال ويعتبر في السرطان سن المريض والكاشيكيا وفي الأحوال
الطيفية يمكن الانتهاء إلى البذل الاستقصائي والبحث عن طبيعة السائل
ولا يخفى في البذل الاستقصائي من نفوذ السائل داخل البريتون بشرط
أن تكون الآلة صغيرة ومطهرة بالهيب ولا يضغط على الورم حال البذل ولا يمدد
وإذا نشأ الكيس الديراني في الصدر واشتبه بالانسكاب البليوراي تعتبر

سوابق الموزن وسريع وتحدب قسم الكبد وهرونه وانفراج قاعدة الصدر
 الى الخارج وارتفاع الأضحية في الصدر من الأمام أو الجانب أكثر من ارتفاعها من الخلف
 وأما الأيكاس الديدانية المتعددة الجيوب فمن الصعب تمييزها عن السرطان
 وأما لا يتبد الطحال في سرطان الكبد وتبين السرور من بسو ابق الشخص الكوليه
 واليرقان وتبين الكبد النشوي بأسبابه وبوجود الزلال في البول وإصابة الكلى النشوي
 (الانذار) انذار الأيكاس الديدانية فكبد غير حسنة في القلب بسبب غورها وانفراجها
 وانفراجها في الامعاء يعتبر انتهاء حيل وأما انفراجها في الشعب فهو أكثر خطرا
 (المعالجة) المعالجة الواجبة مهمة جدا وتقتضي اسعاد الكلاب وعدم ماؤها ثم لا
 في نقاوة المأكولات والمشروبات ويلزم محو الأيكاس الديدانية التي توجد في
 الحيوانات المذبوحة لئلا تأكلها الكلاب وتتحيل عندها الى دودة شريطية تنبع
 من البيض الوفا

وأما المعالجة الشغائية فتكون دوائية أو جراحية فالديدانية ليس لها مفعول في
 الأيكاس الديدانية ولا يعلم منها ما هو قاتل لها وأما يودور البوتاسيوم والكريا
 الزينية وصحة الكامالا وكلورود الصوديوم
 وأما المعالجة الجراحية فهي الأهم ويمكن اعتبارها وحدها شغائية وأنواعها كثيرة منها الفرز
 الأبري البسيط والكهربائي والبذل البسيط والماس والبذل المتنوع حقن السوائل
 للهيبة كصبغة اليود والكحول والصفرا والحقن بعصية وينما ثم الشق أو خياطة
 الكيس بحبل البطن قبل الشق

ثم ان الفرز الأبري البسيط والكهربائي هو الأقل خطرا والمراد به تحليل السائل
 الديداني وحقن الديدان وقد حقنت الديدان حقن الفرز البسيط وحده
 وأما البذل بأنواعه فيستعمل عادة في الأيكاس الغير المنقصة وقد كان يخرج مقدار قليل من
 السائل الديداني لأجل امانته بقية الديدان وبغذاء المضيف وسعقهم بريح البذل
 الحامس وعلى كل حال لا تنزع المعالجة في تكرار البذل لأن السائل قد يخرج بنفسه بعد ذلك
 والصوبه التربوي بعض اشهر او سنة قبل فعل إعادة البذل عند المزمع

وأما

واما التقي فيستعمل في الاكاس المتقي سواء كان التقي ذاتيا او عقب البذل او بسبب
جرى آخر وفي هذه الحالة يلزم غسل الكيس والسيار عليه بالانابيل المنة
ومما كانت العملية للبراحة فيجب مراعاة القواعد المعادة للحضنة بتغذية الدقة
(الفصل التاسع في امراض الوريد الكتاب)

(اولا التهاب الوريد الباب) التهاب الوريد الباب الذي نادرا جدا ويكون في السانة
تأبيا لالتهاب الاحشاء المقرنة فيها فروع او يكون مستقلا بالاستعصار العديدي
والالتهاب اما ان يكون قاصرا على بعض فروع او اما ما يتصف باحتقان جدار
بدرجة مختلفة وارتشاجها بالنفخ الالتهابي وسحاكتها بدرجة واضحة وقد يصحب
ذلك تقرحات في المشاء الباطن ويمتلئ الوريد بدم سحابي صديدي ويصعب
محدد وخراجات كبدية واحتقان في الطحال والاحشاء الباطنية واذ كان متعلقا
بالاستعصار العديدي فتشاهد الخراجات في الرئة والطحال والكلى والمفاصل
والجواريف المشوية وغيرها

وتتصور امراض التهاب الوريد الباب في الألم وتعدد الكبد والطحال والبرقان
الدهوي والحمى والقشعريرة المتأقنين والعرق ثم النفس والهذيان والاضطراب
وكثيرا ما يحصل القيح والاسهال وتكتسب الامراض هيئة تقوية تنفصاف
بالانزفة العديدية والبطنية واعراض الخراجات المشوية وبذلك للمريض في مسافة
بعض ايام وتستطيل حياته بعضا سابغ في النادر

وتشخص التهاب الوريد الباب حسب ويقيز عن خراج الكبد باسبابه وسرع
واستفاح الطحال والاسهال ويقيز عن المنع الكبدية باستفاح الطحال
والاسهال والاعراض الضعيفة وعدم وجود البول الصغرى وعدم
لون المواد التلية ويقيز عن البرقان الذي بالقيح والاضطراب وعدم
وجود المواد الملونة للصغرى والبول ويقيز عن الحمى الشفوية بالون البرقان
وعن الحمى المتقطعة بعدم انتظام النوب وعدم تأثر سلفات الكينا ثم باعتبار
السير والاعراض الخاصة بهذه الامراض يمكن تعيين التشخيص وقد يتعدد في كثير

وما ذكر يستتبع خطر هذا المرض وإن معالجة عرضية فقط ومنها المنهات والقوى
(فأما في سدود الوريد الباب) تكون سدود الوريد الباب ذاتية أو سيطرة وهي
نشأة من الالتهاب المخضى أو الغضط على الوريد وأعاقة الدورة أو ركود الدم
أو تعلق بالكاشيكيات اللزنية والسرطانية وبخلاف ذلك وبسبب من تلك السدود
استداد الوريد التام أو الجزئي أو استداد بعض فرياته وتصلبها أفلت جميع
السدد الوعائية

ولا تضيق استداد الفريات الكبيرة للوريد الباب أمراض وأصناف وأما استداد
المخرج فانه يقصف بالأمراض وكود الدم في الجدران العنقى كثر لثانة القناة العنقية
واستفاح الطحال وطمور الاستسقا الزقي مع قلة العودة صدر البطن وبحس
المريض بشغل في المراق الأيمن ويضطرب المعظم ويحصل الأسهال والقيح
والانزفة المختلفة وأما اليرقان فهو نادر جدا وإذا شوهد فاما يكون دعوبا
ويجمع المريض في الكاشيكيا شافينا حتى يهلك في مسافة بعض أسابيع أو
اشهر أو يقضى عليه قبل ذلك بالتضاعفات والانزفة

وليس من السهل تمييز استداد الوريد الباب عن السيروز الكبير لأنه يصاحبه غالباً
وأما يميز السيروز باليرقان الذي لا يشاهد في استداد الوريد إلا نادراً وقد
يلتبس بالأمراض المزمنة الذين يفرغونها دهرهم وسرطانة حتى اصطبغت بالألوان
وتفسر البحث عن مضاعفة الطحال وقد تحول إلى النخعي بالبحث عن الانشاء
الآخر كالرئة والبلعور وعن علامات الكاشيكيا المزمنة

ومعالجة تشبه معالجة السيروز الكبير

(الفصل العاشر في أمراض البنكرياس)

البنكرياس كالعند العابية لأغصان الالتهاب البسيط الأمانر وقد يصل إلى الالتهاب
بالجاذرة ولا تملأ أحابته كالحى التكفنية وأما قدر يتهب مثلها وذلك عقب الحى
التيفوية والأمراض الحفنة وينتهى التهابه إما بالقيح أو باليس والضمور وبعض
المؤلفين

المخالفين ينسب المصنوع الذي يبطس الكهر
وقد يصاب بالاحتقان والتزيف الخطر في الأمراض الدموية العامة كالاستسقار
ويصاب أيضا بالاستحقاقات الشصية والسرطان والآيكاس والحقول الخيرية
الضغائية أو الأكسالية

والأمراض البكرياس ليس لها أهمية في الأكينك وتخبر الاضطرابات التي تعقب الآفات
المذكورة عادة في الآلام في القسم التشريسي والفشيان والقيح مع حركة شصية أو
بدنها وضعف في القوى وقد يصحبها اسهال دسم وبول كلوسى وانما الاتوحد
في هذه الأمراض علامات خاصة وقد يهلك المريض وتتكشف الآفة في
الخشنة ولم يعلم بوجودها في مدة الحياة

وحث ان أعراض آفات البكرياس تستد ان ينسب لآفات تحول الأعضاء المجاورة
فلا يمكن تعيين معالجة خاصة بل يكتفى بالمعالجة المرضية على حسب الأحوال

(الفصل الحادى عشر في أمراض الطحال)

أمراض الطحال كثيرة وتكون في العادة ثانوية أو تابعة لأمراض أخرى
أما احتقان الطحال والتهاب الحاد وخراجه فقد يحصل عقباً لاصابات المجرة والمسدد
الدوية وأما خضامة الطحال والتهاب المزمن فقد يشاهدان في الحمى التيفودية والنسب
الاجامى والموسميا والامتعاب الصدرى وفي ركود الدم الوريدى في الاجوف
والوريد الباب عقباً لأمراض القلب والكبد والرئتين ونحوها

ولين مشوج الطحال في الالتهاب الحاد او يكون فيه خراج واحد او عدة بورات
ربما تنجر في البرتون والاحشاء المجاورة وأما في الالتهاب المزمن فأن
النسيج يصير دغوا اسفنجيا أو متينا متيبسا او يحصل خضامة في الطحال ربما
تبلغ درجة كبيرة جدا بحيث يملأ تجويف البطن وفصل حافته الى الحوض
ز الحرق الايمن ويصير متحركا خضوبا عند النساء وقد يبلغ وزنه الى ٥١١٠
كلوجرام

وتعقب الالتهاب احاد آلام موضعية او متشعبة في الرقا الايمن وحى وقشعريرة

واضطراب وضعف اوقع في الغالب وقد يحس استفاخ الطحال وقلمه بالضغط ولا
تشاهد هذه الاعراض في الالتهاب المزمن أو تكون بدرجة خفيفة ويتسبب
من ضخامة الطحال الاحساس بثقل وتعدد في المراق الايسر ومن ضغط الطحال على الاشاء
انجاورة يحصل اضطراب في الهضم والتنفس وضربات القلب وقد يلحق الطحال
بهذه الاشاء عقب التهاب محفظته والطبقة البريتونية المجاورة له ويسهل
تعيين حجم الطحال بالاعتناء عنه بالجنس والقرص

وأما الاستحالة السخمية والفسخرية للطحال فانها تصيب استحالات الاشاء
الاجرة كالكلد والكلد وتوجب ضخامة وتيسه

ويصاب الطحال ايضا بالافات الزهرية لاسيما الاورام الصميمة وكذا يصاب
بالذرة خصوصا في التدخين العام وبالأكاس الديدانية وأما الاورام الجنية
فلا تصيبه الا في احوال استثنائية كما اذا كان عقب سرطان المعدة
وهذه الافات جميعها ليس لها اعراض خاصة مميزة وانذارها ومعالجتها تكون
مرتبطة بالامراض الأصلية او مرضية صرفا

وأما تمزق الطحال فسواء كان متأتيا عن مسبب جرحي او عن مرض موضعي
او عام فانه يعقبه انكسار دموي وتضخمه اعراض التزيف الباطني

الميت والله تعالى هو الموفق للشفاء القادر البازي

بلاغضا الباقي بلا نزوال المزه عن الملك

والامراض محو لالاحوال

له الشكر على التمام

وله الحمد حسن

الختام

(خاتمة الكتاب)

حمد لمن افاض علينا مواهب نعمه * ولجئ بفضلها ينابيع حكمه
 وكرمه * والصلاة والسلام على اشراف خلقه على الاطلاق *
 سيدنا محمد الذي اسرى به الى السبع الطبايق * صلى الله وسلم
 عليه * وعلى آله والمؤمنين اليه * اما بعد فيقول مصحح المقتصر
 الى لطف ربه المتقي * عبد الله الصفدي المتقي * قد تم بحمد
 الله تعالى طبع كتاب جامعة الدروس السنوية * في الامراض
 الباطنية * لمؤلفه الفاضل الكبير * المذكور البارخ الشهر
 الشهم الهمام سعادة ابراهيم باشا حسن * عامله الله بالامنان
 والمات * وجره خيرا على ما ابداه * من العلوم الجليلة بنا لفضله
 ومارواه * فانه حفظه الله جاد بما في رصعه لتقع الوطن وآبائه
 * وبذلك قصارى مجهوده في تجميعه واقتائه * وأق بالفوائد الجليلة
 واقام على فضله وعلمه دليله * ولم يال جهدا في التلخيص والرفع
 العميم * وحسنها ما هذا الكتاب الذي تقتبس من محتاته جميع
 الطلاب

وكان تمام شروق هذا النور الساطع * في سماء طيبة الالامع * صبيحة
 يوم الاثنين الموافق ٢٧ خلت من شهر ربيع الثاني سنة الف
 وثلاثمائة واحد عشر * من محرم كثر الرسالة النجاة المقتصر * صلى
 الله عليه وسلم * وشرف وعظم * شرقا فانوار الطلعة العباسية
 مستند من بجارها الفرافيه * متضوعة ورائحه الشديده * بما يق
 رياضه المنيرة * كلوظا بالانظار الداورية * شعولا بالروحات الراضية
 راجيا حسن القبول * من اكرم مستعمل * ولما فاح من صفاته
 منك لتمام * رلاح من سحائه بدر التمام * قلت مؤرخا بالتاريخ

الافرنكي * بعد ذكر التاريخ المرمز المدرف الكلي * وذلك على حسب
الحال * وعلى الله الاتكال

ابدور تم نحوها الايام * ام ذي ثوب في العلا وذكاء
ام ذي رياض ايعت بمقار * تحتال في حال بها الاسراء
ام تلك انزهار زهت وفتحت * اخامها ما شملها بجهل
ام تلك جامعة الدروس اقربها الدكتور ابراهيم وهو لواء
ابدى بها طبيب به الفتى * امراضه ان مسه برحاء
قد جدد في بث العلوم بهمة * واجاد في طب فتم ذكاء
لله در سعادة الباشا الذي * قد صاغ لفرقه فعم سناء
في مصر مولانا الخديوي بزرهت * في حكمة بين الذي الاندله
عباس باشا من رقي هام الدولة * وصحت به مصر فطاب هذاه
من فضله استرت جان معارفه * في قطر والطب والمحكمة
لازال محفوننا بين عناية * طول الدوام له الامان رضاه
ابق له ذكر لجيلنا دائما * متواحل الحسنات فيه ثناء
واليك جامعة الدروس كأنها * في جنة المأوى لنا محوراه
تا هت بها دلا الاطبا بهجة * وصفت موارد ها وتم وفاء
سفتت تحت لها تاريخ وفي * في جامع النور وسوا

٩٦ ١٧١ ٥٩٤ ٣٠٦ ٨١١

١٩٣٣

١

